Peredo (P. P.)

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

LIGERAS CONSIDERACIONES

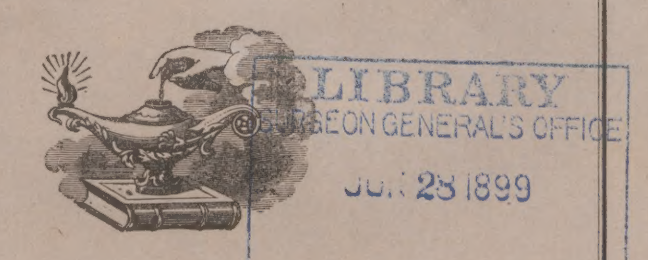
SOBRE

El tratamiento quirúrgico de los abscesos del hígado.

Tésis, que para el exámen profesional de Medicina, Cirugía y Obstetricia, presenta al Jurado Calificador

PEDRO P. PEREDO.

ALUMNO DE LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO,
EX-PRACTICANTE DEL HOSPITAL "JUAREZ", PRACTICANTE DEL HOSPITAL "CONCEPCION BEISTEGUI"
Y DEL "CONSULTORIO GRATUITO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA."



PACHUCA.

OFICINA TIPOGRÁFICA DEL GOBIERNO DEL ESTADO.

1891.

Sr. Dr. Ricardo Egea. Presente.

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

LIGERAS CONSIDERACIONES

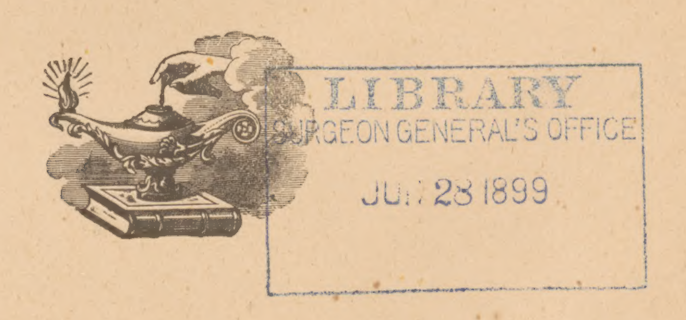
SOBRE

El tratamiento quirúrgico de los abscesos del hígado.

Tésis, que para el exámen profesional de Medicina, Cirugía y Obstetricia, presenta al Jurado Calificador

PEDRO P. PEREDO.

ALUMNO DE LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO,
EX-PRACTICANTE DEL HOSPITAL "JUAREZ", PRACTICANTE DEL HOSPITAL "CONCEPCION BEISTEGUI"
Y DEL "CONSULTORIO GRATUITO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA."



PACHUCA.

OFICINA TIPOGRÁFICA DEL GOBIERNO DEL ESTADO.

1891.

Á LA SAGRADA MEMORIA DE

MIS QUERIDOS PADRES.

A MIS HERMANOS.

Fraternal demostración de cariño.

AL SEÑOR



Justo homenaje de respeto y gratitud del último de sus discípulos.

A los Señores Doctores

FRANCISCO DE P. CHACON, RAMON ICAZA é ISMAEL PRIETO.

De quienes he recibido enseñanza é infinitas consideraciones.

Á LOS SEÑORES

Ignacio Aviléz y Joaquin Carbajal

DEBIL PRUEBA DE GRATITUD POR LOS
BENEFICIOS QUE HE RECIBIDO EN EL HOSPITAL "CONCEPCION BEISTEGUI."

A los ilustres y bien reputados médicos
DE LA ESCUELA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

AL SEÑOR GENERAL

RAFAEL CRAVIOTO

**Permitidme que haga pública esta manifestación de aprecio y gratitud,
un hijo del Estado de Hidalgo,
cuyo gobierno és sábiamente dirijido por usted.**

AL SEÑOR MAXIMINO ESPINOSA.

POR LA PROTECCIÓN Y CARIÑO CON QUE ME HA HONRADO INMERECIDAMENTE.

AL SEÑOR

Doctor Rodrigo Ramirez.

A QUIEN COMO MAESTRO Y AMIGO DEBO INFINITAS CONSIDERACIONES.

Al Señor Licenciado

FRANCISCO VALENZUELA.

Debil prueba de gratitud y simpatia.

Respetable Jurado:

Con la convicción de haber puesto todo el empeño de que somos capaces, nos atrevemos á presentaros este imperfecto trabajo que lejos de tener algún mérito, adolece de los defectos propios de la inexperiencia de aquel que por primera vez toma la pluma para escribir sobre algún punto científico.

Ninguno ignora que al llegar al fin del escabroso camino de la Medicina tropezamos con dificultades insuperables ante la última prueba á que debemos sujetarnos. Para ella ya no contamos con la ayuda de nuestros maestros sino con nuestras propias fuerzas. ¿Qué podemos hacer cuando nos falta la experiencia y no tenemos el caudal de conocimientos indispensables para emprender una tarea tan delicada? Nada, que pueda ser util. El presente trabajo no tiene nada original y tal vez esté desprovisto de interés; pero sí tiene el objeto de cumplir no solo con la ley, sino de presentar á vuestro criterio una prueba escrita que deba serviros para la determinación de un fallo irrevocable.

El deseo de fomentar una rama de la Cirugía cuyos progresos actuales son debidos á un hijo de nuestra Patria, al Dr. M. Jiménez quien fué el primero en instituir *el tratamiento quirúrgico de los abscesos del hígado por las punciones* nos ha obligado á estudiar y valorizar los distintos procedimientos que después se han imaginado y juzgarlos imparcialmente, según los resultados prácticos obtenidos en los pocos casos que hemos podido observar.

Nuestro plán no es hacer un juicio crítico de los distintos procedimientos, sino describir los más usados, precisar más sus indicaciones y deducir las ventajas que cada una tenga sobre los demás en cada caso particular.

Este problema así planteado es de una solución dificil para nuestra escasa inteligencia y estamos plenamente convencidos de no llenar satisfactoriamente la cuestión, apesar de nuestra buena voluntad. Esperamos que esta confesión nos sirva de excusa para que este trabajo sea juzgado con la benevolencia propia de un sensato y sabio Jurado.

El Autor.



CAPÍTULO I.

ALGUNAS CONSIDERACIONES PRELIMINARES.

"Lóbservation est la clef des sciences."
BAÇON.

Al emprender una operación, el Cirujano, debe rodearse de las condiciones más ventajosas y de los medios más adecuados al caso de que trata con el fin de ver coronadas con el éxito sus esperanzas. También debe juzgar imparcialmente los distintos métodos y procedimientos, según los resultados que haya podido observar; estudiarlos en sus detalles y apreciar las ventajas ó inconvenientes que puedan tener al aplicarlos. Pero antes de decidir el plan de su conducta debe buscar para su enfermo los elementos indispensables para colocarlo á salvo de los accidentes y complicaciones que pudieran estorbar ó comprometer un buen resultado.

El estado individual merece mucha atención é importa antes de intervenir, haberse formado un juicio exacto de sus particularidades, dándoles la interpretación conveniente. Si de este estudio minucioso tanto del enfermo como del medio en que está colocado, se deduce la posibilidad de llegar á alcanzar el éxito, no cabe vacilación; pero si uno de los factores que los preceptos deducidos de la experiencia nos dan á conocer, falta ó por sí solo es un obstáculo insuperable, debe abstenerse de toda intervención y solo hacer aquello que le aconseje su criterio. como más propio para remediar los males del paciente.

Antes de desistir de su empresa debe haber puesto todo su esmero, hasta agotar sus esfuerzos, en buscar los medios mejor conducentes y apropiados para ponerse en circunstancias favorables.

Hoy contamos con un elemento importante que nos da confianza y aumenta las probabilidades de éxito, nos pone á salvo de muchos fracasos y nos permite ser más atrevidos. Hoy nuestros cirujanos hacen grandes operaciones que antes eran una temeridad para sus antecesores. Hoy nos servimos de una arma poderosa

que combate enérgicamente las complicaciones que antes diezmaban á los operados. Esta arma nos la dió Lister con su "Método Antiséptico" y desde entonces acá grandes han sido los adelantos de la cirujía y muchos enfermos han visto renacer su vida bajo los sabios preceptos que él nos ha enseñado. El fundamento de sus teorías debe estar presente en la imaginación de todo cirujano, pues es la clave de todo tratamiento quirúrgico. En la actualidad estas teorías cuentan muchos adversarios que hacen figurar á la asepcia un papel de primera importancia Los buenos resultados obtenidos por la asepcia solamente no le quitan el valor á la antisepcia. Siempre van combinadas y podemos decir que no puede haber antisepcia sin asepcia. Para ciertos casos esta última bastaría; pero para otros la antisepcia rigurosa es indispensable. Cuando se trata de obtener la reunión de una herida traumática ó quirúrgica, por primera intención y evitar la supuración, la asepcia entra como factor de primera importancia y puede bastar; pero cuando se trata de una cavidad ó de una superficie supurante hecha séptica y se quieren evitar las consecuencias de la absorción de gérmenes infecciosos y la destrucción progresiva de los tejidos afectados, la antisepcia, bien empleada, es la única fuerza poderosa con que podemos detener un mal en su desarrollo cuando tiene por origen una causa séptica.

No son las piezas de la curación de Lister, las que lo han elevado á tan alto puesto, ni es solamente por su material por lo que se consiguen maravillosas curaciones. Del resultado práctico de sus preceptos generales, del apego á sus doctrinas y del conocimiento de sus fundamentos es de donde hemos sacado inmensos beneficios. Sin embargo de que este método está al alcance de todos. debemos convenir en que se necesitan ciertas aptitudes para ponerlo en práctica en todos sus detalles. Debemos esforzarnos en poner de nuestra parte, todo el esmero y cuidado posibles, sin temor de caer en la exageración Que se nos culpe de minuciosos, que esto no compromete en nada un buen resultado y deja nuestra conciencia tranquila por haber puesto todos los medios á nuestro alcance.

¡De qué sirve que apliquemos a curación material de Lister, si olvidamos sus preceptos, si no tenemos aseo, esmero y sobre todo, la paciencia y otros muchos atributos indispensables que deben estar de acuerdo con los fundamentos de este método? Induda-

blemente que obrando así, tendremos decepciones y fracasos de los cuales somos responsables.

La enfermedad que nos ocupa, colocada entre las de más importancia por su gravedad y por el papel que desempeña el hígado en las funciones de la economía, nos hace pensar en los peligros grandes que hay en la intervención quirúrgica y en el modo con que debemos proceder para evitarlos y conseguir la salud completa ó el alivio del enfermo. Hoy que contamos con el gran auxilio de la antisepcia, bien aplicada, y con el adelanto á que ha llegado la cirujía en los abscesos del hígado, podremos sin temor y con mano firme, emprender grandes operaciones en esta glándula casi con la seguridad del éxito.

Los preceptos generales de la cirujía nos enseñan que un absceso, de cualquiera región, debe ser en todos los casos abierto y vaciado, imitando á lo que hace la naturaleza espontáneamente. Este sabio ejemplo debemos seguir y más en aquellos casos en que los esfuerzos de la naturaleza son insuficientes, nuestra ayuda poderosa con el bísturi, abriendo una amplia vía, á ese cuerpo extraño encerrado en el espesor de los tejidos para facilitar su eliminación, es un medio rápido que previene el agotamiento y la pérdida de fuerzas del organismo, más seguro y menos expuesto á accidentes. Las dificultades surgen para cada caso y están casi siempre en relación con las disposiciones anatómicas. La retracción de los tejidos se manifiesta espontáneamente, después de la abertura natural ó artificial de un absceso; pero si á ella se opone una resistencia que dificulte la reparación, el resultado final se hace esperar un tiempo más ó menos largo á costa de grandes sufrimientos para el enfermo. La retracción en el caso de un absceso intra torácico, por ejemplo, no se verifica con la facilidad con que lo haría en cualquiera otra región extensible; aquí las paredes, blandas, depresibles, levantadas por la colección purulenta, acumulada en un espacio limitado, vuelven sobre sí con tendencia á llenar el vacío que deja esta colección desde el momento que artificial ó espontáneamente se ha abierto una vía de escape á su contenido. La retracción natural de las paredes y su aproximación consecutiva, debida á la elasticidad propia de sus elementos, favorece considerablemente la cicatrización de la cavidad purulenta; pero en el caso de un absceso pleural, del mediastino ó de la cavidad abdominal una de sus paredes la constituye parte de la caja torácica, la rapidez propia debida á un esqueleto huesoso, sólido, inextensi-

ble, no se presta á la retracción concéntrica de las paredes del foco y es un obstáculo á veces insuperable, apesar de los esfuerzos de la naturaleza, que no llega á ceder lo suficiente, cuando una vez vaciada la cavidad, las paredes quedan muy distantes y han agotado su poder retractil. En estas circunstancias queda una cavidad necesaria, sujeta solamente á ser ocupada por tejido inodular, trabajo que se complica de una larga supuración con grave peligro para el enfermo, y sujeto á los accidentes consecutivos á la supuración prolongada ó condenado á vivir con un padecimiento que lentamente lo agota y lo lleva á la caquexia.

Si conseguimos por un tratamiento quirúrgico quitar ese escollo que impide ó retarda la cicatrización, habremos adelantado mucho, haciendo más provechosos los esfuerzos naturales, para obtener una de las condiciones indispensables para la cicatrización de una cavidad purulenta: la retracción de sus paredes.

Ya verémos en otro lugar cuanto esta tercera condición, tiene influencia en el tratamiento y de que manera provocamos una aproximación uniforme de las paredes dándoles la elasticidad necesaria.

Teniendo en cuenta la disposición anatómica de esta glándula se vé: que está entre dos fuerzas contrarias; por un lado la de la acción del diafragma, cuya superficie cóncava se amolda perfectamente con la convexa del hígado; por el otro, la de la masa intestinal, que dilatada por los gases ejerce una compresión uniforme sobre la cara inferior del hígado. Si en estas circunstancias se forma una cavidad accidental en el centro del hígado, sus paredes, obedeciendo á la acción de fuerzas opuestas, tenderían á aproximarse y por los progresos de la cicatrización desaparecería completamente, en muy poco tiempo y con menos trabajo de reparación. Pero como este no es el caso común, sino que estas cavidades formadas por colecciones purulentas, se acercan á la superficie y toman su sitio de predilección en la cara convexa de su lóbulo derecho, por esa tendencia natural que tienen de aproximarse á una superficie por donde buscar su salida, se ponen fuera de las condiciones de obedecer á una presión directamente opuesta, y la causa que se opone á ello, es que la inflamación adhesiva propagada por el diafragma hasta la pared costal ha soldado estas partes íntimamente entre sí y con una parte más ó menos extensa de la superficie convexa del hígado. En este estado la pared costal, el diafragma y la superficie correspondiente del hígado que no ha

sido destruida por la supuración, forman un todo continuo y se oponen directamente al acercamiento de las paredes de una cavidad que necesita tenerlas en todas direcciones libres y dispuestas á sufrir su retracción. Cuando está destruida una gran parte del parenquima hepático que está en relación con las inserciones costales del diafragma y que el seno costo-diafragmático ha desaparecido por la soldadura de las dos hojas de la pleura, ó está destruido por la fusión purulenta de todos los tejidos, cuando el absceso se ha hecho sub-cutáneo, la resistencia que opone el esqueleto, no puede ser vencida por las presiones opuestas del diafragma y de la masa elástica abdominal. La naturaleza en un caso semejante, hace esfuerzos poderosos para cerrar esa cavidad que ha dejado escapar su contenido artificial ó espontáneamente. Siguiendo la observación, desde el momento que un foco purulento de estas condiciones ha sido vaciado, vemos que las paredes debido á su propia elasticidad se retraen y la cavidad queda reducida de capacidad notablemente; pero esta retracción no es uniforme, pues solo se marca en los lugares opuestos al punto donde la caja torácica forma parte de la pared del absceso. Si tomamos en consideración, la dureza propia de las paredes, cuando el absceso es antiguo y la dificultad que tienen para aproximarse cuando existen adherencias periféricas, lo que es muy frecuente cuando la supuración está muy cerca de la superficie del órgano, entonces comprenderemos lo dificil que es, aún para una naturaleza vigorosa, la cicatrización de una cavidad que reuna estas condiciones. Por desgracia estos casos, en la práctica hospitalaria no son raros y muy amenudo vemos enfermos que llevan una fístula en comunicación con una cavidad, sin tendencia á la cicatrización, permanecer muchos meses sujetos á un agotamiento progresivo, y á que su padecimiento los lleve al extremo de que cualquiera intervención sea inutil cuando se han ocasionado ya lesiones irreparables. Esta cavidad que es una fuente inagotable de supuración llega á adquirir una estructura particular: sus paredes se hacen duras, rígidas, poco elásticas, formadas de tejido inodular, lo mismo que el trayecto fistuloso el que suele revestirse muy profundamente de una verdadera epidermis y contribuyen poderosamente al mismo fin, á dejar una cavidad *persistente, necesaria* y que la naturaleza poco ó nada puede hacer contra ella. Sin embargo los

esfuerzos naturales se manifiestan y un verdadero fenómeno de retracción cicatricial, hace que al cabo del tiempo, la cavidad haya disminuido de capacidad Por este artificio vemos que las costillas correspondientes cambían de curbatura y se aproximan; los espacios intercostales menos amplios se deprimen y todo el cuerpo, como lo vemos en los casos de empiema crónico, sufre una incurbación lateral, todo con el objeto de favorecer la retracción concéntrica cicatricial de las paredes del absceso. La proliferación interior de llemas carnosas, activa en los primeros momentos, acaba por detenerse cuando la retractibilidad y la acción individual han agotado sus fuerzas. Raro será un éxito completo, después de muchos meses de padecimientos cuando existe una cavidad necesaria, así es, que el cirujano debe poner su esmero para evitar un resultado análogo y para ello no hay más que llenar las indicaciones: quitar por cualquier medio la resistencia que se opone á la cicatrización y activar la vitalidad del individuo por medios apropiados. La primera solo se consigue con la resección de uno, dos ó más fragmentos de las costillas que directamente tapizan la cavidad.

CAPITULO II.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS ABSCESOS DEL HÍGADO.

HISTORIA.

Desde los primeros tiempos, en la historia de la medicina, la necesidad de una intervención quirúrgica en el tratamiento de las colecciones purulentas de cualquiera región, se hacía sentir y el viejo precepto: "ubi pús ibi evacua," hacía pensar en los tiempos de Hipócrates, en los medios de poder abrir estas cavidades, sin peligro para el enfermo. La incisión era clasica para los abscesos superficiales; pero para los profundos, aquellos que están situados en el parenquima de órganos esplácnicos, la intervención se indicaba hasta que se hacían superficiales; pero cuando se trataba de penetrar al traves de órganos tan importantes como el perítoneo, por ejemplo, tan

susceptible y delicado, la consideración de los peligros inherentes á la operación misma, alejaban toda intervención y se confiaba á la naturaleza la resolución de ese problema. La abertura de un absceso superficial se ha hecho casi siempre lo mismo. Las modificaciones, que en su tratamiento, se han imaginado, se han perfeccionado poco á poco y en la actualidad contamos verdaderamente con recursos eficaces para llenar las indicaciones del tratamiento racional de los abscesos en general. Antes los medios más ó menos imperfectos conducían á resultados desfavorables, ya por la falta de asepcia, ya de la intervención hecha en malas condiciones por falta de experiencia. Hoy el estudio clínico y la práctica nos hacen conocer, cuáles son las condiciones indispensables que presiden á la cicatrización de un foco purulento y además, contamos con un recurso poderoso que nos pone á salvo muchas veces de accidentes y complicaciones graves: es, la antisepcia, con la que podemos abrir, canalizar sin grandes temores y aun obrar químicamente sobre las paredes de un foco purulento.

Esta conducta clásica, que consiste en abrir ampliamente y canalizar una cavidad purulenta, no debe ser menos en los abscesos de una región profunda ó de un órgano importante, como el hígado, por ejemplo, y en efecto desde hace muchos años cuando apenas se tenían datos para sospechar la existencia de un absceso en el hígado, se pensó en darle salida al pus, ¿pero por qué medio que estuviera excento de peligros? La vacilación y el temor se presentaban ante este precepto que exige dar salida al pus. Se tenía que penetrar á un órgano importante y atravesar el peritoneo, serosa tan delicada y tan suceptible. ¿Y por qué medio que alejara los peligros y diera más seguridad y más confianza? Estas consideraciones y la poca seguridad en el diagnóstico, allá en la primera mitad de nuestro siglo, ocasionaban un conflicto del cual resultaba que se seguía un método espectante, como el más prudente y dejaban á los infelices enfermos expuestos á las consecuencias de la evolución natural de su padecimiento. La intervención parecía ser más peligrosa que la abstención y la naturaleza era la que se encargaba de resolver ese problemas dificil

Los malos resultados prácticos hicieron buscar medios má adecuados que conjuraran los peligros de la abertura del pe-

ritoneo. Los esfuerzos de los cirujanos se hacían sentir para resolver la cuestión y en efecto Recamier, (en 1825), fundándose en que una inflamación circunscrita propagada hasta el peritoneo, provocaba la adherencia de las dos hojas en contacto y en que por este lugar se podía penetrar profundamente á una de las viceras sin provocar una peritonitis generalizada, instituyó su procedimiento, que consistía en llegar al absceso con el trocar ó el bísturi, después de haber provocado las adherencias del peritoneo por medio de cauterizaciones sucesivas hechas con potasa caústica ó cualquier otro cauterio enérgico. La lentitud de este procedimiento y su verdadera crueldad, eran sus principales inconvenientes; sin embargo fué aceptado y generalizado entre sus operadores contemporáneos. Diez y siete años después, Bégin en 1842 fundándose en el mismo principio y procurando la terminación de la operación más rápida, dividía en una sola vez, con el bísturi, la piel y los planos musculares sobre el punto más superficial del tumor purulento, hasta llegar al peritoneo parietal, inclusive, curaba la herida á fondo y á los tres ó cuatro días, había ya, según él, adherencias suficientes que le permitieran llegar hasta el foco, sin temor de derrame peritoneal. Este procedimiento fué modificado por el Dr. Graves, de Dublin, quien dividía la piel y las capas musculares hasta el peritoneo; pero sin abrirlo, y esperaba que el pus abriera una via despues de desarrollar en aquel lugar una inflamación circunscrita que soldara las dos hojas peritoneales. En ciertas circunstancias no esperaba que el pus saliera por aquel lugar de menor resistencia espontáneamente, sino que cuando suponía la formación de adherencias fuertes, penetraba con su bísturi ó con un trocar y vaciaba el foco rápidamente. En época anterior á ésta (en 1834) Horner practicó un procedimiento que no varía del que hoy es más aceptado, sino porque era desconocida la antisepcia y hacía una canalización imperfecta; los resultados eran malos por la infección purulenta que era inevitable, por eso no tuvo partidarios.

Estos eran los progresos de la cirujía hepática en el antiguo mundo, hasta el fin de la primera mitad de nuestro siglo.

Estaba reservada para un Mexicano, la gloria de alcanzar tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento, un verdadero perfeccionamiento y debido á ello muchos enfermos han

escapado de ser víctimas de esta enfermedad que es por desgracia grave y muy frecuente entre nosotros. Al talento envidiable de nuestro sabio clínico, el Dr. M. Jiménez, debemos el adelanto á que ha llegado la cirujía hepática en nuestra patria. No podía ocultarse á su sagacidad el número considerable de enfermos que morían (82 por 100), debido á que para un mal tan grave, no se tenían sino recursos insuficientes y que poco podían hacer contra él. La terminación funesta, casi siempre por infección purulenta ó septisemia, despues de la incisión de los abscesos hecha como la practicaba Recamier, Bégin, etc. le hizo pensar en que el aire era un agente nocivo y que él intervenía en primera línea para dar los malos resultados que se observaban. Tuvo la idea de hacer la evacuación de los abscesos del hígado por el método sub-cutáneo y fundándose en los buenos resultados prácticos (comprobados por varias autopsias) que obtuvo, de la inocuidad de las punciones por los espacios intercostales sin prévias adherencias del peritoneo, instituyó como un procedimiento especial, exclusivamente suyo: *el tratamiento general de los abscesos del hígado por la* PUNCIÓN CON EL TROCAR AL TRAVES DE LOS ESPACIOS INTERCOSTALES.

Era en 1852 cuando este natable clínico, ayudado por el Dr. José M. Vértiz, cuyo talento era no menos notable, vulgarizó su procedimiento, el cual fué acogido por muchos médicos mexicanos y practicado diariamente en nuestros hospitales con éxitos brillantes, como no se habían obtenido hasta entonces.

Las razones que le guiaron para escojer ese punto de elección de las punciones, sin preocuparse de la existencia de adherencias, estaban fundadas en las relaciones anatómicas de la región. El íntimo contacto de las serosas en este lugar y el éxito obtenido por varias punciones hechas sin previas adherencias, lo autorizaron á desechar la cauterización como medio de facilitar la adhesión del peritoneo. El Dr. Jiménez para probar la inocuidad de su procedimiento se expresa así: (en sus lecciones clínicas), "en los centenares de punciones que he practicado, con el trocar por los espacios intercostales, JAMÁS se ha presentado el menor indicio de peritonitis......[*]"

(*) Apéndice á las lecciones clínicas sobre los abscesos del hígado. Página 4.—1856.

y en efecto, desde esa época, inumerables punciones se han hecho y excepcionales han sido las que han producido una peritonitis por derrame. Las ideas del Dr. Jiménez fueron bien interpretadas y secundadas por médicos notables: como el Dr. Vértiz, el Dr. Hidalgo, el Dr. Villagrán, etc. obtenien-éxitos semejantes.

Más tarde, en 1858, el Dr. Jiménez modificó su procedimiento, dejando á permanecía la cánula del trocar en el lugar puncionado, para que por ella se verificara el escurrimiento continuo del pus, y la razón que lo obligó, en determinados casos, fué que se veía obligado á repetir con frecuencia las punciones cuando el pus se reproducía rápidamente y que los enfermos se reusaban á ser operados después de haber sufrido ya una ó varias operaciones.

De esta manera el pus constantemente formado era arrastrado al exterior por los movimientos de retracción de la cavidad ó por medio de inyecciones emolientes, detensivas ó irrit.ntes, cuando se quería obrar por acción química sobre las paredes directamente. Esta canalización, era imperfecta y el mismo Dr. Jiménez conocía sus defectos y apesar de algunos éxitos obtenidos por él y por el Dr. Villagrán, no se atrevía á adoptarla al expresarse así: "*lo común es que el aire introducido altere prontamente e pus, que se desenvuelvan los ísntomas de septisemia y que los enfermos sucumban á la colicuación.*

Pocos años después (1858) el Dr. J. M. Vértiz, hizo una modificación ventajosa, dejándo en lugar de la cánula del trocar un tubo de Chassaignac. Los resultados aunque más favorables daban una mortalidad crecida, aún en manos del Dr. Jiménez que adoptó esta modificación. Las dificultades de la evacuación y del lavado de la cavidad, inspiraron en la imaginación del Dr. Clement, la idea de pasar por lugares separados dos tubos que dando paso á una corriente de agua arrastrara los productos de secreción á medida que se formaban. ,No cabe duda que ésto fué un progreso; pero sin embargo este procedimiente de canalización era insuficiente; los peligros subsistían y la septisemia y la infección eran casi siempre inevitables.

La nesecidad de abrirse una via amplia y de usar para los lavados de sustancias que destruyeran los gérmenes de la

infección, hicieron que nuestros operadores fuesen más atrevidos.

Las prácticas antisepticas hicieron avanzar considerablemente esta terapeútica y hoy gracias á ella la mortalidad ha disminuido notablemente.

Desde hace muchos años el Dr. F. Marín, de Puebla, y muchos cirujanos de México, en vez de la punción en cuyo lugar se dejaban cánulas ó tubos á permanencia, hacen la incisión amplia seguida de canalización, con tubos de Chassaignac y lavados antisépticos, en el lugar de elección determinado para las punciones por el Dr. Jiménez, es decir, por los espacios intercostales, sin buscar ni procurar antes las adherencias peritoneales. Esta práctica ayudada algunas veces de la resección costal, ha dado éxitos verdaderamente maravillosos, debidos en gran parte al uso constante del método de Lister.

En el antiguo mundo, en (1862) Trousseau empleaba, sin éxito la acupuntura múltiple y la electropuntura.

Ultimamente, en un trabajo del Dr Mabboux (*) se haya descrito un método de canalización, de Stromeyer Little, que no difiere del que entre nosotros se ha empleado, desde época anterior, sino en algunos detalles. Este método consiste, dice Rochard: "en determinar con toda la precisión posible, el si- "tio de la colección purulenta; en comprobar el diagnóstico "por medio de la punción aspiradora; en servirse de la cánula "como de un conductor para abrir ampliamente el absceso y "vaciar su cavidad de todo lo que encierra; previniendo los "accidentes consecutivos, con las inyecciones antisépticas, la "canalización y la curación de Lister." A tres puntos principales reduce Little su operación: 1.° La investigación precoz del pus; 2.° La abertura del absceso y 3.° Las prácticas antisépticas.

Este procedimiento fué seguido, aquí por algún tiempo; pero no exactamente como lo aconseja su autor.

La penetración rápida con el bisturi hasta la cavidad del absceso, desde el momento en que el pus ha pasado por el índice del aspirador, es á no dudar una práctica atrevida, falta de razón y que un cirujano reflexivo y prudente no debe seguir.

(*) *Revista de Cirujía* de Paris, números 5 y 6. Mayo y Junio de 1887.

En ésto es en lo que este procedimiento varía. del que acepta la generalidad de los operadores. La investigación precoz del pus no es una inovación para nosotros, puesto que es la regla, siempre que se sospecha la existencia del pus, fué seguida, desde el Dr. Jiménez, que fué el primero en hacerla y manifestar su inportancia, hasta nuestros días. Respecto de la incisión *inmediata* luego que el trocar ha penetrado á la cavidad supurante, no puede ni debe ser aceptable en la mayoría de los casos; porque en primer lugar, es una operación importante al lado de una simple punción y en segundo, que se hace perder á ésta todo el valor que tiene como medio curativo. Las indicaciones de la incisión no solo las da la punción exploradora, ni la salida de una gota de pus autoriza al cirujano á penetrar con su bísturi en un órgano importante. Se comprende por este procedimiento, que Little no creé, en que un absceso del hígado pueda curar por las punciones y que solo su *método* es el único indicado para todos los casos. Es cierto que la punción es un medio de diagnóstico importantísimo; pero no es el único y él solo no es suficiente para fundar la indicación de una operación de tanta importancia. El estudio atento de cada caso, una interpretación bien hecha del resultado de una punción y la valorización de todos los signos de diagnóstico conocidos, sí pueden, *á priori*, autorizar la incisión; pero siempre que todos estos datos estén de acuerdo. Los casos de curación por las punciones perfectamente comprobados son pocos; pero no por eso debemos quitarles su mérito, sino tomarlos siempre en cuenta y recurrir á ellas como medio curativo, cuando las circunstancias particulares de cada caso, deducidas de un diagnóstico más ó menos exacto, nos den algunas probabilidades de éxito.

Se comprende fácilmente que sería expuesta la intervención de Little, en el caso de un absceso pequeño, reciente y situado profundamente en un hígado libre de adherencias, condiciones que están perfectamente de acuerdo para obtener el éxito gor una ó varias punciones. La clínica nos pone algunas veces al alcance de poder apreciar los resultados de los distintos procedimientos y, en efecto, vemos sanar algunos enfermos con una sola punción, otros con varias, en otros no han bastado y la curación definitiva solo se ha conseguido con la incisión y canalización, y algunas veces con la resección cos-

tal después de la incisión; de lo que se deduce que un procedimiento, aunque sea bueno en general, no puede ser aplicado á todos los casos y que para serlo necesita de indicaciones especiales. Hoy el estudio clínico más completo y el perfeccionamiento relativo á que ha llegado el diagnóstico, nos hace ser menos exclusivos. Desde que se hizo la feliz aplicación de la aspiración al método de las punciones [1871] por medio de aparatos ingeniosos como el de Potain y el de Dieulafoy todos los abscesos eran tratados por la punción simple sub cutánea; pero los malos resultados observados en muchos casos, hicieron conocer la insuficiencia de este procedimiento. Su rebeldía y la seguridad que, hasta cierto punto da la antisepcia, fueron los motivos que sirvieron de base á la institución de un procedimiento superior: *la incisión y canalización antisépticas*; pero éste, lo mismo que la punción tiene sus indicaciones especiales y su acción no es ilimitada, sino circunscrita por cierto número de datos de observación, cuyo valor solo lo aprecia la experiencia.

No podríamos formar un juicio estadístico de la bondad de cada uno de los procedimientos seguidos hasta hoy, porque las observaciones son muy pocas y para que diera un resultado satisfactorio era necesario contar con elementos hemogéneos.

Si hay variabilidad, en la forma, situación, volumen, etc. de cada colección purulenta hepática, debe no ser uno solo el procedimiento empleado para todas, sino aquel que llene mejor las indicaciones. El exclusivismo no debe existir y el operador, fundandose en caracteres clínicos particulares, debe escojer un procedimiento adecuado y combinarlo con otro cuando sea necesario.

Antiguamente, cuando un absceso era accesible, solamente por la pared abdominal, se seguía un procedimiento, que fué puesto en práctica por Horner á principios de este siglo (1834); consistía en dividir los tejidos, con el bísturi hasta el peritoneo parietal; suturar los bordes de éste con los puntos correspondientes de la superficie del hígado, comprendiendo solamente la cápsula de Glisson y hacer penetrar entre las suturas, un trocar que dejaba á permanencia para ser sustituido al cabo de algunos días por una sonda blanda, hasta la curación completa del absceso. Morris y Fairer, lo modificaron,

haciendo una incisión amplia, en lugar de dejar la cánula y dejaban una mecha de hilas á permanencia. Esta práctica era buena y nada habríamos aventajado si desde entonces se hubiera conocido la antisepcia. Actualmente, es como lo hacen Reclus, Lawson Tait, Pean y otros, con la diferencia de que siguen las reglas de antisepcia y hacen la canalización más perfecta. Hoy entre nosotros, la insición amplia por los espacios intercostales, previa punción exploradora y seguida de canalización antiséptica, sin contar con las adherencias peritoneales, es la práctica más general para el tratamiento de los abscesos situados en el lóbulo derecho del hígado y aun para algunos casos en que estaría indicada la hepatotomia por la via abdominal. La resección costal, como auxiliar, ha dado buenos resultados en manos de algunos cirujanos y entre ellos podemos citar á los Sres. R. Macias, M. Cordero, D. Mejía, J. Vértiz, Regino Gonzálcz, etc.

CAPITULO III.

FORMAS CLÍNICAS Y ESTUDIO DE ELLAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL DIAGNOSTICO, DEL PRONOSTICO Y DEL TRATAMIENTO.—CAUSAS DE ERROR DE DIAGNOSTICO.—DATOS ESTADÍSTICOS.—INDICACIONES GENERALES.

I. Por una causa, aún desconocida y cuya explicación está fuera del alcance de nuestros conocimientos, vemos comprobado, por los inumerables casos que se presentan en la práctica; que la supuración de la glándula hepática tiene determinado lugar de predilección, éste es muy frecuentemente cerca de la superficie convexa del lobulo derecho (*) ya sea que tomando su origen en un punto más lejano, venga á este lugar por encontrar en él las condiciones más propicias para su formación y desarrollo, ó que esta parte, por sus condiciones fisiológicas de mayor actividad, ceda más facilmente á la ac-

(*)El Dr. Jimenez se expresa así: si el lóbulo izquierdo se haya alguna vez comprometido es por que también lo está aquel (el derecho) y nunca al menos que yo sepa, el lóbulo de Spigel.

ción vulnerante de los agentes infecciosos. Sea cualquiera de las muchas hipotesis que se pueden idear para explicar este fenómeno, el hecho és, que raras veces se han presentado focos de supuración en otra región del hígado. Esta es la forma clínica más comun y, en efecto, Rouis en un estudio especial, de las *hepatitis de los paises cálidos*, ha reunido 143 observaciones de absceso, de hígado encontrando, que en los dos tercios (95), el sitio del abscesos ha sido en el lóbulo derecho y en su superficie convexa. Respecto del número ha encontrado que en los 143 casos había:

En 10 casos—un solo foco. En 4 casos—tres focos.
" 16 " —dos focos. " 13 " —mas de tres.

En los 297 casos del Dr. M. Jimenez las dos terceras partes (198) han tenido su sitio en el lóbulo derecho, en su convexidad de ellos han muerto 242; se han curado 55. De esto deduce que la mortalidad llega á 82 p. 100. y los exitos á 18 p. 100.

Se comprende fácilmente por estos datos estadísticos, que la hepatitis supurada es más frecuente en el lóbulo derecho; si todos los puntos de la glándula fueran igualmente accesibles á esta enfermedad, habría indicasiones especiales para tratar cada caso y la técnica operatoria variaría para cada uno de ellos y no se podría generalizar ningún procedimiento sino idear uno especial. Afortunadamente se nos presentan en un lugar que es más accesible, tanto para hacer mejor un diagnóstico, cuanto para intervenir enérgicamente sin grandes peligros. No sucederia lo mismo si lo comun fuera que se desarrollaran los abscesos profundamente en el lóbulo de Spigel ó en el lóbulo izquierdo. En estos dos lugares comprometerían más la vida de los enfermos y espondrian más al médico á errar su diagnóstico y á dirigir su intervención de un modo poco preciso. Ya que la naturaleza nos pone esta terrible enfermedad, en condiciones que podamos combatirla enérgicamente con grandes ventajas, debemos precisar más nuestros procedimientos operatorios.

Bajo el punto de vista operatorio y en atención al sitio que ocupan los abscesos, debemos dividirlos en dos clases: los que son accesibles por la *pared costal* y los que lo són por la *pared abdominal*, puesto que su sitio hará variar de conducta al operador en atención á las disposiciones anatómicas de estas dos regiones. Además de la situasión, debemos tener en

cuenta, el volumen, porqué estas dos circuntancias reunidas dan orígen á indicaciones especiales, de las que se deduce la intervención por el hipocondrio ó por el epigastrio.

Hay una forma clínica en la que nuestros recursos son insuficientes, tanto para hacer un diagnóstico exacto, como para oponerle una intervención quirúrgica eficáz; es la que sobreviene á la *hepatitis intetsticial aguda*, del Dr. D. Mejía, en ella entra como síntoma casi constante la *icteria* y tiene de característico la *multiplicidad* de focos purulentos, diseminados en toda la glándula y la naturaleza *flegmonosa* de la supuración. En todo lo demás el cuadro es enteramente semejante al del absceso único de causa parenquimatosa. Algunos signos de exploración parecen peculiares á aquella forma. Su estudio bajo el punto de vista del diagnóstico, es muy interesante, y es de desearse que el tiempo venga á establecer verdaderamente un límite entre estas dos formas y que una terapeútica especial pueda oponerse á los abscesos múltiples, que, por ahora, son inaccesibles á una intervención benéfica. Miéntras mayor es su número, el diagnóstico es más oscuro, el pronóstico más grave y nuestros medios de acción más limitados. La punción ó la incisión no dan resultados sino para aquellos que son superficiales y bién limitados; pero la muerte del enfermo es siempre el desenlace final de la evolución de los demás que están situados profundamente. Las autopsias han venido á descubrir, que la causa de lamuerte en muchos casos, era debida á la existencia de dos ó más abcesos que se ignoraban durante la vida. Afortunadamente esta forma es menos frecuente, según los datos estadísticos del Dr. Jimenez [6 p. 100] Creemos sinembargo que esta proporción es hoy mas elevada y que se acerca más á la que se deduce de la nota anterior de Rouis (21, 67 p. 100.) El número relativo de abscesos es variable y está en razón inverza de su volumen, como lo demuestran estas palabras del Dr. Jimenez: "El mayor número de autopsias descubren una sola colección; y cuando hay varias, que en mis calculos resultan en una proporción de menos de 6 p. 100 se nota que su tamaño guarda una razón inverza con su número, siendo además más grandes los que están á la derecha..."(*)

(*) Lecciones clínicas pág. 55.=1858.

La mortalidad es muy superior á la que conocemos de los abscesos únicos y es debido á lo impotentes que somos para tratar esta forma grave.

CAUSAS DE ERROR DE DIAGNÓSTICO.

II. Estando fundada la intervención quirúrgica en el diagnóstico de la existencia de un absceso, no cabe vacilación más que en la elección del procedimiento. No se perderá el tiempo en recursos médicos que generalmente son ineficaces ni se dejará que esta enfermedad siga su evolución natural. La curación espontanea no es admitida Las observaciones de curación por un tratamiento médico son ecepsionales y aun cuando se han publicado algunos casos, éstos no han sido satisfactoriamente comprobados y tal vez ese juicio formado no sea sino el resultado de un diagnóstico erroneo.

Muchos casos se presentan en la prática en que casi tiene uno la certidumbre de la existencia del pús y sinembargo la auptosia nos revela el error y nos dice cual ha sido la causa de la muerte. Un enfermo del servicio del Dr. J. Vertiz presentaba un cuadro sintomático enteramente semejante al de la hepatitis supurada; los signos físicos y subjetivos estaban de acuerdo con él: había aumento notable de volumen del hígado, dolor exagerado á la presión, icteria, edema de la pared costal, fiebre remitente y se notaba la sensación de una fluctuación profunda. Se le hicieron cinco punciones, sin sacar una gota de pús. El enfermo murió y á la auptosia nos encontramos con un hígado demasiado grande, con los caracteres de la degeneración grasosa y en su superficie apenas señala las las huellas de tres de las cinco punciones que se le hicieron, las demás estaban enteramente borradas lo mismo se observó en la superficie parietal del peritoneo en los puntos correspondientes. Los dos pulmones estaban infiltrados de granulaciones tuberculosas que habían sido indudablemente la causa de la muerte ayudada en gran parte por la degeneración del hígado. Si la tuberculización no hubiera matado al enfermo, nuestro ánimo hubiera quedado impresionado con la idea de la existencia de abscesos múltiples. Hemos visto puncionar varias veces á otro enfermo, con la idea de

que tenía un absceso hepático, sin extraer una gota de pús, y curar enteramente bajo la influencia de esta intervención ó del método médico á que estaba sujeto. Casos como éste habran sido muchos en los que lo que se ha curado, no ha sido sino una hepatitis aguda con tendencia á la supuración.

Hay una causa de error de diagnóstico que tiene mucha importancia, és: que frecuentemente en el cuadro de la hepatitis existe la fiebre con los caracteres de la remitente, intermitente ó continua coincidiendo con un aumento de volumen del bazo, de causa paludica. Si el estudio del bazo no se ha hecho y la causa etiológica de la fiebre es de origen palustre, indudablemente que la atribuiriamos á un foco purulento del hígado cayendo en error y dando á una afección hepática insignificante un aspecto grave. Hemos visto un enfermo en quien el diagnóstico de hepatitis supurada siendo dudoso, se le sujetó al tratamiento por la quinina despues de haber empleado inutilmente otros medios y sanar de su afección de causa paludica.

DATOS ESTADISTICOS.

III. Según algunos datos estadísticos de Pean, 12 á 15 por 100, son los abscesos que se abren por el intestino y los bronquios y una proporción muy pequeña, para los que se comunican con la pleura, el pericardio, el estómago, la piel, etc. [*] y de 60 por 100 los que permanecen sin abrirse y sin intervención quirúrgica y siempre ocasionando la muerte. De una manera general deduce: que la mortalidad de los que se vacían espontáneamente por distintos puntos llega á 28 por 100. Por el contrario la mortalidad para los casos operados por diversos procedimientos, que publicó M. Castro en Alejandría, en una estadística, el año de 1870, alcanza á 32 por 100, diferencia bastante notable, apesar de los procedimientos defectuosos y de la falta de antisepcia.

La terminación de 34 casos observados por el Dr. Jiménez está repartida de la manera siguiente:

(*) Según Rendu los que se abren por la pleura tienen una proporción de 5.5 por 100, y los que se abren por los bronquios de 10.5 por 100.

Abscesos abiertos por el peritóneo		....	6
" "	en el colon	antes de su abertura artificial........2 después de ella........3	5
" "	en el estómago	....	1
" "	en la pleura	....	2
" "	en el pericardio	....	1
	en los bronquios	antes de su abertura artificial...15 despues de ella... 4	19
		Suma....................	34

La frecuencia de los abscesos que han buscado una comunicación con estos distintos órganos, está en la proporción de 11 por 100, inferior á la que deduce Pean. [15 por 100].

INDICACIONES GENERALES.

IV. Antes de entrar en el estudio de las indicaciones, debemos conocer y tener presente la marcha y la terminación de los abscesos abandonados á su evolución natural. Estos segun su origen, su naturaleza y el medio individual en que se desarrollan, tienen una evolución distinta. Unos la recorren con accidentes de tal gravedad y complicaciones septicémicas tan alarmantes, de una manera tan rapida, que ántes de que se haya hecho el diagnóstico, el enfermo muere en el marasmo y con síntomas adimámicos de forma tifoidea. Otros al contrario, siguen una marcha tan lenta é incidiosa, sin dolor, sin elevaciones de temperatura y con tan pocos síntomas generales, que muchas veces asombra encontrarse á la auptosia, con una bolsa purulenta que ocupa gran extensión en la cavidad abdominal y que ha destruido una gran parte de la glándula. En esta forma, que se ha hecho crónica, por decirlo así desde su principio, llega el absceso a adquirir grandes proporciones, sin tendencia á la evacuación expontanéa, hasta el día en que termina con la vida del enfermo á causa de la diarrea la fiebre éctica que lo agotan lentamente y sin grandes sufrimientos lo llevan á la muerte.

Hay otra forma que por su marcha, tiene el medio entre

estas dos: la existencia de la supuración en el hígado, se manifiesta despues de un ataque de hepatitis aguda; se presenta como los abscesos calientes, con dolor, edema superficial, aumento de volumen, elevación de temperatura, perturbaciones gastro intestinales y otros muchos signos subjetivos que nos indican que el hígado es el sitio de un foco de supuración, aun cuando no estén perfectamente de acuerdo con los datos recojidos par la esploración. Los progresos de la destrucción siguen adelante, y al fin de pocos días los signos que ántes eran de presunción, se hacen de realidad: la fluctuación aparece, el dolor toma sus caracteres propios y todo el cuadro sintomático establece el diagnóstico, el cual queda confirmado si se hace una punción esplor..dora. Sin esta intervención el absceso seguiria su evolución, y creciendo se acercaría á un punto de la pared abdominal, tóracica ó cualquiera otra, que le ofreciera menor resistencia para buscar por allí una abertura de salida a su contenido. Para llegar á este fin transcurren dos, tres ó más meses, segun su volumen y sobre todo su situación más ó ménos saperficial. La abertura expontanea hácia una vísera, no siempre se puede preveer, por la falta absoluta de los signos que la indiquen; por tal razón, nunca se debe perder tiempo desde el momento que se ha confirmado el diagnóstico, sino se recurrirá á cualquiera de los medios indicados, ántes de ver los efectos funestos de su abertura natural.

El resultado final de un absceso, abandonado á sí mismo, es su abertura al exterior, en una cavidad natural ó su permanencia indefinida hasta producir la muerte por infección purulenta y agotamiento. La via de salida que sigue la supuración es sumamente variada y muchos factores intervienen; pero de una manera general, depende del sitio y de la mayor ó menor resistencia que le oponen los órganos periféricos. Por el lado de la piel las resistencias son mayores y menores para los bronquíos, la pleura, el peritóneo, el pericardío y el intestino. En algunas visceras, como en el intestino y el pulmón, por ejemplo, una fístula puede ser compatible con la vida por un tiempo largo (*) y algunas observaciones de curación completa se han publicado. Pero cuando un

---

(*) Petit (hijo) observó el caso de un absceso abierto por el intestino que duró 15 años.

absceso se abre por el pericardio, el peritóneo ó la pleura, la gravedad de tal complicación aumenta y aun puede ser inmediatamente mortal, como un caso del Doctor Jiménez, en que el enfermo llevaba un absceso y murió repentinamente por su abertura en el pericardio. Que esta comunicación se haga directamente por el intestino, el estómago ó los bronquíos, el resultado es casi el mismo: la evacuación del pus es incompleta, se establece una fístula que da paso diariamente al exeso de pus, que por su contacto compromete las funciones que á estos diversos órganos están encomendadas y es la causa de nuevas complicaciones que, por sí solas, agotan al enfermo y lo llevan á una muerte segura. Este medio que la naturaleza busca para conservar la salud del enfermo no siempre le tráe resultados favorables; la mortalidad es elevada y los éxitos son pocos y aun excepcionales. No debemos contar nunca con este recurso de la naturaleza más que en los casos, también excepcionales, en que no puede intervenir la cirujía. Se ve pues, que si no se interviene por medio de una terapeútica médica racional, al principio, ó por una quirúrgica cuando el absceso está ya formado, la marcha de estos abscesos, más ó menos rápida, más ó menos lenta, termina fatalmente por agotar y matar al enfermo.

Sabemos que un foco purulento del hígado engendra perturbaciones de tres órdenes: unas mecánicas, otras de digestión y nutrición y otras de naturaleza infecciosa. Como se vé, depende del volumen del absceso y de su naturaleza. Un absceso más ó menos grande está dotado de una tensión interior que tiende á aumentar mientras mayor es su volumen y mayor la resistencia que le oponen los órganos periféricos. Ejerce una compresión sobre las vísceras abdominales y torácicas comprometiendo por acción mecánica tres importantes funciones: la circulación la respiración y la digestión. Por otra parte, la naturaleza misma del líquido purulento y su absorción que está relacionada con su tensión, son para el organismo una causa de agotamiento y una fuente de intoxicación. Estos fenómenos tanto físicos como fisiológicos, no siempre tienen el mismo grado de intensidad: un absceso pequeño puede no ocasionar trastornos de compresión y sí puede ser el origen de accidentes septisémicos de mucha gravedad y por el contrario se presentan síntomas graves de compresión ó perturbaciones digestivas, sin que haya manifestaciones de causa infecciosa. Las alteraciones de la digestión no están siempre de acuerdo con la mayor

ó menor destrucción de la glándula, ni con la naturaleza del proceso supurativo; sino más bien con el tiempo transcurrido y con la falta de compensación de la parte de glándula que ha quedado sana. La observación clínica no nos demuestra siempre estas perturbaciones aisladas, sino que se combinan de diversas maneras y como ellas nos sirven para guiarnos en la indicación terapeútica, tenemos que buscar cual de ellas predomina en cada caso y á la indicación capital, agregar la que corresponda al caso especial.

Las indicaciones generales que debemos llenar se pueden formular de la manera siguiente:

1.°—Vaciar por cualquier medio el contenido del absceso.

2.°—Suprimir los fenómenos de absorción, de compresión y de destrucción del tejido hepático

3.°—Procurar la aproximación, de las paredes de esta cavidad y favorecer su cicatrización.

4.°—Atender á las complicaciones y al estado general.

Estas cuatro indicaciones, no tienen el mismo valor ni todas se pueden llenar satisfactoriamente; pero nos servirán para apreciar las ventajas de los métodos y procedimientos del tratamiento de los abscesos hepáticos y nos guiaran en la elección de aquel que reuna mayores ventajas para llegar á un resultado mejor, más rápido y más seguro.

CAPITULO IV.

MÉTODO DE LAS PUNCIONES SIMPLES.
PROCEDIMIENTO OPERATORIO.
—INDICACIONES Y CONTRA INDICACIOOES—

1. Las punciones aplicadas al tratamiento de los abscesos del hígado (*) ha sido un verdadero adelanto y los resultados son superiores desde que contamos con aparatos aspiradores y con la antisepcia porque los peligros á que exponen son menores y casi podríamos decir. que en esta aplicación, su acción es

---

(*) Este método fué aplicado por primera vez en México, por el eminente clínico Dn. M. Jiménez.

inocente siempre que se practiquen con los cuidados antisépticos, con un trocar de mediano calibre y con las reglas operatorias bien conocidas.

El procedimiento que llena mejor las indicaciones y el que se sigue actualmente consiste en hacer las punciones, previa anestesia, con el trocar ó una aguja adaptada á aparatos aspiradores como el de Dieulafoy y el de Potain. Este último aparato parece reunir mayores ventajas por su sencillez, y por prestarse mejor á llenar las indicaciones de antisepsia.

Describiremos el procedimiento tal cual lo hemos visto practicar, para entrar después en el estudio de las indicaciones.

Es necesario previamente asegurarse de que el aparato funcione bien, que los tubos no estén obstruidos y que estén combinados en el sentido de la aspiración. El trocar debe ser lavado con una solución antiséptica y calentado en una lámpara de alcohol. Se hará aséptico el campo operatorio con una solución de bicloruro de mercurio al 1 por 1,000. Estas precauciones no son inútiles y no debemos olvidarlas aun cuando parezcan una exageración.

Como el ideal del procedimiento de las punciones, es: 1.° vaciar el foco, 2.° evitar la entrada del aire y 3.° dejar cerrada la via por donde se ha extraido el pus, necesitamos ciertas precauciones para que nos dé el resultado deseado. La segunda y tercera condición se llenan con hacer la punción atravezando oblícuamente los tejidos, ó con hacer deslizar la piel para que se pierda el paralelismo de las heridas del trocar; la primera necesita algunos detalles en los cuales vamos á entrar:

El lugar de preferencia para la punción es aquel en donde el máximum del dolor á la presión y la fluctuación coexistan; pero es muy frecuente que el dolor no sea localizado sino vago y poco definido y que la fluctuación no exista ó sea tan poco apreciada que no dé una certidumbre completa; en este caso, la punción se hará en el 7.° 8.° ó 9.° espacios intercostales y sobre la línea axilar media en un punto que esté á igual distancia de los límites de matitez superior é inferior de la glándula. Si una punción no basta y da un resultado negativo, se deben hacer dos ó más en distintos puntos y en direcciones variables, sin acercarse al límite de la área mate, así si el absceso es pequeño ó está muy superficial puede encon-

trarse casi con seguridad; pero si es profundo, el trocar no llega hasta él y en tal caso el resultado negativo no indica la no existencia del absceso. Lo mismo sucede cuando son muchos y muy pequeños. Si el trocar penetra en una cavidad, la sensación de una resistencia vencida es percibida por la mano que opera; se extrae el punzón y se deja escurrir por la cánula el pus, hasta vaciar más ó menos completamente la cavidad que lo contiene. Después de quitar la cánula con las precauciones conocidas, se hace la oclusión de la pequeña herida con una cruz de tela emplástica y se pone un vendaje ligeramente comprensivo. Es muy frecuente ver que el pus apesar de la aspiración y del empleo de un trocar de mediano calibre...... (0,003 m. m.), se detiene en su salida ó sufre interrupciones; esto depende de que es muy espeso, concreto ó lleno de grumos ó de restos del tejido conjuntivo que obstruyen la luz del trocar ó de que habiéndose vaciado en parte la cavidad, la pared opuesta por su retracción, viene á aplicarsé á la extremedidad de la cánula. En el primer caso, basta introducir el estilete propio del aspirador, para volver su permeabilidad á la cánula, hacerle éjecutar algún ligero movimieato ó hacer la aspiración con más fuerza; en el segundo caso, y cuando estos medios son insuficientes, es necesario hacer salir algunas líneas la cánula, para que el pus se precipite y salga con facilidad. Suele suceder que el trocar habiendo pasado los límites de la cavidad y penetrado en el tejido hepático hace percibir á la mano que lo guía, una debil sensación de resistencia: el paso, por el índice del aspirador, de sangre pura lo confirma, al hace retroceder el trocar, prudentemente hasta cierto límite para hacerlo salir de la pared opuesta en donde había penetrado. La mano, en un momento dado, puede sentir cierta movilidad de la extremidad externa del trocar, signo que indica que la otra extremidad está libre en la cavidad y lo comprueba la salida inmediata del pus.

El operador debe darse cuenta del grado de resistencia de los tejidos que atravieza con el trocar, detener su impulso en el momento que percibe la sensación de resistencia vencida, limitar la penetración del instrumento, según la profundidad á que se supone que se encuentra el absceso y cuidar de hacer un movimiento brusco que podría desgarrar ó contundir el hígado.

La importancia que tiene esta prática metódica es indiscutible, nos aclara el diagnóstico con mucha precisión y los resultados son de mucho valor para el pronóstico y pueden servir de base para establecer un tratamiento más adecuado.

Después de la punción podemos formarnos un juicio más ó menos exacto del sitio del absceso, de la profundidad en que está colocado, del volumen, de la naturaleza del pus que contiene, de la época de su formación y aun de la mayor ó menor resistencia de sus paredes. La percusión y palpación practicadas con exactitud, antes y en el momento de verificarse el escurrimiento del pus, nos dan una idea del grado de retracción de las paredes y de las probabilidades de éxito que tenga este procedimiento.

Los caracteres macroscópicos del pus deben fijar nuestra atención, por suministrarnos datos que nos pueden servir para apreciar la época de la formación del absceso y la naturaleza de sus paredes.

La obsérvación de algunos casos nos ha hecho apreciar ciertas particularidades del pus, que parecen ser debidas á una modificación que sufre en relación con la época del padecimiento. En los primeros días, es decir, cuando el absceso está recientemente formado, el líquido que resulta de la fusión purulenta del tejido hepático, es homogéneo, de un color chocolate, uniforme, flúido, de gran densidad que se puede extraer por aspiración ó sin ella, y aun con cánulas de pequeño calibre, sin dificultad ni interrupción alguna. Sería difícil la explicación, pero el hecho está demostrado por la clínica. Tal vez el *processus* inflamatorio que ha atacado un territorio limitado de la glándula destruye de una manera uniforme las celdillas hepáticas, respetando el tejido conjuntivo intersticial, y por eso se observa la homogeneidad del líquido purulento. Pero desde el momento que una cavidad se ha formado, esta se reviste de una membrana piogénica que secreta un pus de otra naturaleza y deja en libertad colgajos del tejido conjuntivo intercelular que se exfacelan y flotan en la cavidad, aumentando la consistencia del pus y dándole un aspecto diferente. Esta membrana piogénica en los abscesos antiguos se cubre de una capa bastante gruesa de un pus cremoso, blanquisco que se concreta y adquiere cierta viscocidad que la adhiere íntimamente á sus paredes. En algunos puntos en que la destruc-

ción se ha limitado se nota que hay debajo de la superficie supurante una capa de tejido verdaderamente cicatricial, pero en otros en que la destrucción va avanzando se ve que el tejido hepático no está cubierto por esa nata purulenta densa y grumosa, sino que es el sitio de una desagregación de sus elementos que, al fundirse, deja el tejido insterticial en libertad.

La absorción de una parte líquida del contenido del absceso debida á la fuerte presión interior, puede favorecer el aumento de consistencia del pus y tal vez esta causa contribuya á dificultar su salida en los abscesos antiguos.

En comprobación de esto creemos oportuno copiar algunas de las concluciones que hace el Dr. Jiménez de sus estudios histológicos, dice así: "en un foco reciente estudiado de dentro á fuera se observa: 1.° el pus más ó menos líquido que contiene; 2.° una capa del mismo más espesa; pero no concreta; 3.° colgajos adheridos á las paredes, como detritus de la sustancia del hígado al acabar de fundirse; 4.° reblandecimiento pururento de los tabiques que pueda haber y de las paredes del foco, en la profundidad de algunas líneas; 5.° una capa de tejido glandular con los caracteres de la flogosis, que gradualmente se desvanece y se confunde con el parenquima sano. Si el foco es algo antiguo el pus se concreta forrando las paredes de una capa más ó menos densa y grumosa que es facil quitar con el lomo del escalpelo y aun con un chorro de agua, no hay colgajos de sustancia glandular acabando de fundirse: no se encuentran verdaderos tabiques, sino que las anfractuosidades de la cavidad parecidas á las que se ven en las antiguas cabernas tubertulosas del pulmón, tienen un aspecto reticulado de mallas muy irregulares, cuyos relieves examinados con atención, se encuentran formados por las prolongaciones internas de la cápsula de Glissón, por los tabiques célulo-fibrosos, inter-celulares y por los basos sanguíneos y bilíferos medio obstruidos ú obliterados del todo por el endurecimiento como cicatricial que los envuelve: la atmósfera inflamada que sirve de paredes al foco y en que se levantan los relieves de estas mallas se presenta con un corte neto y liso, donde quedan abiertas las boquillas de los vasos endurecidos; tiene un color amoratado y hasta violado salpicado de muchos puntos amarillo-rojizos en su faja más excéntrica;

está algo reblandecida pero no se convierte en papilla, sino que se desmenusa apretándola entre los dedos; son, por último, algo más netos y precisos los límites que la separan del resto del parenquima. Finalmente, en las colecciones que han durado muchos meses, la superficie interior siempre irregular y reticulada ofrece un color gris azulado, muy semejante al del bazo, que parece provenir del tinte que le da la materia purulenta que la baña y á traves de la cual se percibe el color violado de las paredes."

Más adelante hablando de las paredes de los antiguos focos, dice: "se hallan formadas en la profundidad de algunas líneas, por un tejido duro, muy resistente, elástico, más y más homogéneo y de un color tanto más amarillo, cuanto mayor es su antigüedad que cruge bajo el filo del escalpelo, tiene la apariencia de los discos que separan el cuerpo de las vértebras y de cuyas cualidades microscópicas, veremos luego un ejemplar: en una palabra el parenquima hepático ha sufrido en contacto con el pus una transformación célula-fibrosa, en la profundidad de algunas lineas, desvaneciéndose luego en el tejido normal." La pieza histológica á que se refiere era de la pared de un absceso que databa de 18 meses, teniendo 15 meses de estar abierto por los bronquios. Veamos la descripción. "Las paredes del foco estaban formadas de un tejido amarillo rojizo, muy duro y elástico, como fibroso que crugía al dividírsele, tenía cosa de una pulgada de espesor y se confundia gradualmente con el parenquima sano. Examinado al microscopio con poco aumento, se vió formado de una red fibrilar, no muy tupida cuyos hacecillos tenían direcciones variadas; pero la mayor parte seguían la concéntrica al foco unidos por una especie de plasma semitrasparente zurcado por algunos capilares sanguíneos, cuyas paredes muy opacas estaban cargadas de granulaciones de grasa; no se distinguían en las inmediaciones de la cavidad las celdillas poligonales propias de la glándula; pero comenzaban á percibirse é iban siendo más y más numerosas conforme se examinaban las partes más esséntricas etc."

Estos caracteres histológicos que conprueban las alteraciones que sufren las paredes de un absceso antiguo, nos van á servir de base para apreciar las probabilidades de éxito que tengan, la punción simple ó cualquier otro medio de trata-

miento. Si la cantidad de pus extraida es pequeña, si el origen de la enfermedad es reciente, si los órganos periféricos y el hígado mismo vuelven á su tamaño y sus relaciones normales y si por los caracteres del pus podemos juzgar que las paredes no han sufrido alteración notable, porque sea fluido homogéneo y no contenga en suspensión falsas membranas, ni porciones de pus concreto, podemos casi asegurar el éxito por las punciones, porque en estas condiciones es más susceptible de ser reabsorbida la pequeña parte de pus que ha escapado á la aspiración y desaparecer bajo la influencia de la retracción de las paredes y de su difusión en el tejido hepático.

Por otra parte, si la cánula deja salir un pus, jaspeado, espeso, con restos de tejido conjuntivo de la glándula, como si se hubiera hecho una mezcla poco íntima de pus flegmonoso puro con pus hepático y cuya cantidad llegue á dos ó tres litros, nos indica, no solo la magnitud del absceso, sino que ha permanecido un tiempo largo, que sus paredes han sufrido modificaciones y que por lo tanto la acción de la punción será nula ó casi nula.

Las adherencias que sujetan la glándula á su periferie cuando el absceso se aproxima á la superficie y la misma estructura de las paredes, impiden todo movimiento de retracción y son un factor más para desechar la práctica de las punciones que en estas circunstancias nos peligrosas.

Por estas consideraciones se ve: que es muy difícil *á priori* precisar las indicaciones de este tratamiento; pues en una enfermedad como ésta los síntomas son muy variables y nuestros medios de exploración no llegan aun al grado de hacernos conocer sus particularidades con toda exactitud.

Aun cuando el tratamiento por las punciones ha dado algunos éxitos y ha estado en boga durante algún tiempo, no lo debemos conservar sino como un recurso terapeútico, en un campo de acción cuyos límites son bastante reducidos; más bien nos presta grandes ventajas en la institución de un tratamiento racional, como medio adyuvante, preliminar, explorador, muy importante, puesto que nos sirve de guía y nos señala en la mayoría de casos, por las indicaciones precisas que de él se deducen, la conducta que se debe seguir. Instituido como medio curativo tiene que ser oportuno; perc des-

graciadamente esa oportunidad se pierde en los enfermos de nuestra clase baja, que son los que pagan frecuentemente mayor tributo á esta enfermedad y los que más vemos en los hospitales. Generalmente cuando se nos presentan llevan ya algunas semanas ó meses de padecer. Después de una punción, lo que no es raro, viene un alivio inmediato del enfermo que hace esperar un éxito completo; así transcurren los días, las semanas, los meses, y al fin, obligados por los nuevos síntomas que aparecen, solicitan otra punción, que da una cantidad de pus mayor ó menor que la anterior; pasan otros días de calma y después viene otra punción y así sucesivamente se han llegado ha practicar un número considerable de punciones al fin de las cuales, el enfermo ha perdido mucho de su vigor, bajo la influencia de la absorción de productos sépticos y de la destrucción de una mayor parte del hígado y se encuentra en condiciones irremediables y lejos de poder resistir otra intervención más enérgica: la abertura amplia y canalización, á la que por fin se llega, sin contar sino poco con uno de los elementos indispensables para alcanzar un buen éxito: el vigor y resistencia del individuo y cuando es más difícil la reparación de los desórdenes que sordamente ha ocasionado la supuración.

Por desgracia muchos abscesos del hígado no se hacen accesibles á nuestros sentidos, sino cuando han adquirido grandes proporciones y contienen algunas onzas de líquido. Si nos fuera dable buscar, impunemente con el trocar, un absceso cuando está en el principio de su formación, que ocupa un lugar limitado y que ha ocasionado una destrucción fácilmente reparable, los éxitos por la simple punción serían grandes y no tendríamos necesidad de emprender operaciones de mayor importancia: sorprendido en su origen como muchos males, sería más fácilmente atacable.

El éxito inmediato después de una punción es halagador; pero muchas veces da origen á una especie de espectación que es peligrosa. Las reglas de cirujia nos aconsejan que un absceso lo debemos abrir ampliamente y ponerlo en condiciones de obtener su cicatrización.

¿Por qué, en este caso, en que las circunstancias son más desfavorables que en cualqueira otro, no hemos de seguir esas reglas? Con la punción, es cierto, conseguimos la asepcia y

la evacuación del pus; pero no contamos seguramente con que esta evacuación sea completa, ni con que las paredes tengan la elasticidad necesaria para borrar la cavidad purulenta, para lo cual era necesasio que un fenómeno de reparación ó de organización, soldara inmediatamente las superficies supurantes y que no hubiera un obstáculo interpuesto. Una cavidad formada por la destrucción de una porción de tejidos no desaparece sino cuando hay suficiente fuerza de retracción de sus paredes ó que tejidos de nueva formación vengan á llenar el espacio dejado por los destruidos. En el caso de la destrucción de una parte del hígado, cuya estructura normal es bien conocida, se comprende que la formación de un tejido cicatricial, más que la adhesión por aproximación de las paredes de la cavidad que deja, sería el que llenase ese espacio enjendrado por el proceso destructivo y más cuando cierta cantidad de pus ha quedado después de la punción. Sí es muy pequeña puede ser reabsorbido, si contribuyen, tanto la integridad de los tejidos como la presión concéntrica que ejerceñ los órganos periféricos para hacer borrar mecánicamente la cavidad. En estas circunstancias la evacuación llenará las indicaciones y dejará al organismo en las mejores condiciones para veriñcar la absorción del pus y la oclusión de la cavidad.

Sería muy dificil, teóricamente, precisar el límite en que la punción deja de dar un buen resultado y más cuando los hechos clínicos se nos presentan tan variados; pero nó porque no los conocemos debemos de abusar de un procedimiento ó dudar de sus éxitos. El razonamiento en cada caso particular nos conduce á escojer el medio más racional.

Puede suceder que una punción no sea bastante, pero disminuyendo la cantidad del pus y facilitando la distención de los órganos comprimidos, la cavidad se retrae hasta cierto grado El líquido como en la generalidad de los casos se reproduce; pero si antes de que la reproducción sea completa y alcance las proporciones anteriores, se interviene de nuevo para extraer una cantidad de pus igual á la anterior ó menor, resulta que la cavidad debe quedar reducida proporcionalmente, siendo en cada punción menor que en la anterior. Una tercera punción obra de la misma manera, y así una cuarta hasta conseguir una retracción lenta y progresiva y que gradualmente vuelvan los órganos á su estado normal. Esta

es una verdadera lucha en que no muy fácilmente el trocar llega á vencer á la formación obstinada del pus. Sin duda algunos casos se han registrado de éxcito completo, por este mecanismo; pero tambien muchos han de ser los que con un alivio pasajero se pierden de vista por un tiempo indefinido. Un enfermo cuya observación pudimos recojer, se presentó en el hospital de Sandrés, en donde se le practicaron tres punciones en los espacios intercostales 9º y 10º con intervalo de algunos días. Se extrageron como 400 gramos de pus: Solicitó su alta como un mes después, en un estado de salud aparentemente satisfactorio: sus perturbaciones digestivas, lo mismo que el dolor, la calentura y los demás signos que acusaban la existencia del pus, habían desaparecido; pero tres meses después los síntomas de colección purulenta se manifestaron con mayor intensidad y nuevas punciones fueron practicadas, extrayendo en cada una de ellas mayor cantidad de pus que en las anteriores. ¿No podría un caso como este, después de un mes de observación, hacernos suponer un alivio completo? Es indudable que sí, y si con datos incompletos queremos formar una estadística los resultados estarían muy á favor del procedimiento empleado. Como el anterior, otros muchos casos podríamos citar, en que un alivio más ó menos duradero se ha interpretado por una curación completa. Lo común es que después de una punción, la calentura, el dolor y casi todos los síntomas que forman un cuadro completo, desaparezcan, ó se hagan tan leves que no son apreciados ni por el enfermo. Pasa un periodo más ó menos largo, silencioso, que puede inducir á error. El resultado directo de la evacuación del foco nos lo explica: la cavidad reducida de capacidad, con una pequeña cantidad de pus, no ejerce ya por acción mecánica la compresión de los órganos periféricos y desaparecen todos los síntomas que tenían por origen esta causa. La actividad de la absorción está en razón directa de la tensión interior de la cavidad; pero habiéndola vaciado, no solo no existe sino que ésta se verifica en sentido inverso; hay una tensión negativa y el resultado es, que se suspendan los fenómenos de absorción hasta que el equilibrio se establece. Con esta falta de presión coinciden la vuelta á su estado normal de las funciones digestivas y nerviosas y la desaparición de la calentura, el paciente recobra sus fuerzas y todo entra en una cal-

ma aparente que dura un tiempo variable; sin embargo la supuración continúa y llega un momento en que aparecen de nuevo los síntomas del absceso que se creía ya curado. La clínica nos enseña hasta qué punto son inconsientes algunos enfermos á este padecimiento: vemos individuos portadores de un enorme absceso apenas manifestar algunas molestias y no perturbaciones graves como era natural suponer cuando tienen destruida una gran parte de un órgano tan importante. La calentura signo precioso para el diagnóstico falta en muchas veces.

Así es, que no debemos tener una seguridad plena cuando hayamos obtenido un éxito más ó menos duradero. Si las observaciones se siguieran por un tiempo competente después, tal vez veríamos disminuir notablemente la estadística favorable que hasta hoy se haya hecho.

II. Apesar de la confianza que se dé á este método debemos reducir mucho su esfera de acción: Bien limitadas son sus indicaciones bajo el punto de vista curativo; pero bajo el punto de vista explorador y como medio de diagnóstico podemos decir que la punción es la piedra de toque de incontestable utilidad. Podemos decir con el Dr. Jiménez, que ella es el primer recurso indicado desde el momento que se sospeche la existencia de un absceso hepático, aun cuando este diagnóstico no esté fundado en los signos inequívocos que da la exploración, y sí en las manifestaciones generales y los signos subjetivos que apreciamos: casos hay en que ni el aumento notable del volumen del hígado ni la fluctuación han sido necesarios para establecer el diagnóstico y el trocar ha venido á confirmarlo. (Véase la observación número 4). Por desgracia nuestros medios de diagnóstico no han llegado al grado de hacernos conocer el momento preciso en que una hepatitis termina por supuración y en esa duda, la conducta espectante es la mejor; pero esta inacción no es ilimitada y antes que la naturaleza nos manifieste de una manera evidente el resultado que esperamos, debemos poner de nuestra parte cuanto esté á nuestro alcance, para abreviar el tiempo y sorprender en su principio un mal que por sus progresos más tarde sería irremediable.

Sin dificultad se comprende, cuáles son las condiciones con que debemos contar, estas son: que el absceso sea pequeño y

regularmente formado, que sus paredes tengan la extensibilidad suficiciente, que estén poco alteradas y que la evacuación seo la más completa posible. Por desgracia esto no lo conocemos á tiempo y el diaguóstico se hace demasiado tarde, en condiciones en que ha disminuido mucho el valor de las punciones.

No solo como medio explorador de diagnóstico y como curativo presta sus servicios la punción, sino como medio preservativo en ciertas circunstancias, por ejemplo: cuando un absceso de grandes dimensiones tiene tendencia á abrirse por el peritóneo, la pleura ó cualquiera otro órgano. La aparición de algunos signos que indiquen la propagación de la inflamación á los órganos periféricos y que un cuadro de síntomas alarmante se presente rápidamente, deben sugerir la idea de una perforación que á toda costa debemos evitar. La indicación de la punción está perfectamente autorizada y vaciar el foco *inmediatamente* aunque no sea de una manera completa, para detener el proceso destructivo, es la conducta oportuna. Aunque no se pretenda con tal intervención buscar la curación, sí se consigue disminuir la tensión del absceso, suprimir en parte los fenómenos de absorción y moderar la inflamación propagada á los distintos órganos contiguos. Esta conducta aplaza, por decirlo así, una intervención más racional y da tiempo á que un proceso reparador haga desaparecer los peligros de una complicación, la cual sería un obstáculo en el momento operatorio y aun una contra indicación, según su naturaleza, y comprometería notablemente el éxito deseado. La observación número 3 es muy instructiva bajo este punto de vista: apesar de que el absceso estaba en comunicación con los bronquios, tenía tendencia á abrirse por la piel, que estaba muy próxima á ulcerarse; la punción como medio *preventivo* dió un brillante resultado. La evacuación de una cantidad de pus suficiente para disminuir la tensión interior y facilitar la retracción de sus paredes, fué un medio eficaz para que el pus no pasara por esa via natural y se cerrara la comunicación al cabo de pocos días, dejando al enfermo en las mejores condiciones para poderse emprender sin peligro la abertura amplia y canalización, lo que no se habría conseguido si la punción no hubiera prestado este gran servicio. Es cierto que el resultado feliz de una sola operación, no tiene el valor suficiente para aceptarla como medio de conducta general, ni debe juzgarse buena para todos los casos; así, como para este caso aisla-

do tuvo una importancia grande puede tener sus aplicaciones en circunstancias análogas.

La conducta espectante, es la que se ha seguido para casos semejantes. Los abscesos comunicados con el pulmón ó el intestino se ha dicho: deben respetarse porque es un medio de que la naturaleza dispone para buscar la curación del enfermo. Es verdad, pero qué raro es aquel que ha curado por este medio natural!

A nuestro inteligente maestro el Dr. M. Carmona y Valle, debemos la primera idea de aplicar la punción, cuando el absceso es grande, su evacuación por los bronquios lenta y difícil y que ocasiona trastornos de compresión graves. Esta idea no ha sido admitida por todos y cuenta numerosos opositores. Tal vez el temor de la penetración de un aire viciado que ocasionase en el foco perturbaciones de mucha gravedad, era la idea teórica que rechasaba esa conducta; pero la práctica ha enseñado lo contrario, tratándose exclusivamente de un absceso en comunicación con los bronquios. Para que el aire penetre hasta la cavidad tiene que pasar al traves de las ramificaciones brónquicas más pequeñas, en donde se purifica microscópicamente, según algunas observaciones fisiológicas que se han hecho sobre este punto.

El aire así tamisado, libre de sus impuresas, tiene una inocuidad grande comprobada por los numerosos casos de derrame pleural complicados de fístulas pleuro-brónquicas.

Si tomamos en cuenta los casos de hidropneumotorax y piopneumotorax con fístula brónquica, que no son acompañados de descomposición pútrida, nos convenceremos de que no es el aire, sino los agentes de infección que el contiene, los que le dan ciertas propiedades. No debemos temer su entrada á una cavidad purulenta, ó por lo menos considerarla como un accidente de mucha gravedad, puesto que siendo puro, su acción patológica es nula y no tendría inconveniente alguno como causa de infección. Su presión atmosférica obrando directamente sobre las paredes sí tiene el inconveniente de impedir la retracción y se opondría á ella mecánicamente. Sin embargo la punción en estas condiciones puede traer algunas ventajas, por que si se extrae el pús totalmente y el aire tiene acceso libre por los bronquios se precipitará á la cavidad y la llenará hasta equilibrar la presión atmosférica; pero como la cavidad distendida por el pus tiene una presión supertor á la exterior, debe volver sobre sí desde el mo-

mento que desaparezca la causa de la distención y el aire circule libremente. Esta retracción debida á su elasticidad propia, puede ser ayudada por la compresión de los demás órganos periféricos y la curación se haría como en un caso cualquiera.

Cuando la vía de comunicación es estrecha, sinuosa, con una amplitud insuficiente, puede suceder que el pulmón al distenderse en un esfuerzo, haga penetrar á la cavidad del absceso una cantidad de aire mayor que la que puede contener á la presión normal y dilatar sus paredes; si en este caso la salida del aire en la expiración, se dificulta ó es completamente interrumpida, el resultado sería inverso, no habría probalidades de la oclusión de la cavidad por estar siempre llena de aire, y la fístula quedaría permeable en las fuertes inspiraciones. En este estado la punción y aun la incisión podrian hacerse sin accidentes. A nuestro modo de ver, la punción no es una contra--indicación y se puede recurrir á ella sin temor, en los casos que presenten indicaciones especiales.

La observación referida nos da una prueba de la necesidad de tal intervención, y los resultados obtenidos no pueden dejar que desear. En este caso no hubo penetración del aire en el absceso, apesar de que la cantidad de pús arrojado por los bronquios era considerable y que hacía presumir la existencia de una comunicación ámplia con el pulmon ¿Seria que la cantidad de pus extraido, fué la extrictamente necesaria para equilibrar la presión y ocasionar la retracción de las paredes al grado de hacer desaparecer la abertura de la fístula? El hecho da lugar á numerosas suposiciones; pero la realidad del éxito es inegable. La fístula se cerró á los pocos días y el absceso se trató como un caso comun sin complicaciones, y sin temor se hizo la abertura ámplia y canalización como se hubiera hecho en un caso cualquiera. No solo la indicación de la punción fué, favorecer la incomunicación del absceso, sino prevenir un accidente, que sí hubiera dado un resultado fatal y era: que ese enorme absceso habia abovedado la pared costal en la línea axilar y en este lugar la fluctuación era tan superficial y el proceso destructivo tan avanzado que, hacia temer por momentos la ulceración y perforación de la piel. Qué conducta racional podía seguirse en este caso? ¿Abrir ámpliamente ó esperar á que la naturaleza formara una vía para dar salida al pús, que en exceso

buscaba por donde escapar? La primera idea podría tener más justificación; pero no habria sido practicada sin peligros. La segunda era enteramente irracional. Qué debia hacerse? No habiendo indicación más apremiante que la de detener el trabajo de perforación que se preparaba, era necesario vaciar la cavidad para disminuir la tensión considerable de sus paredes, y solo la punción podría resolver la cuestión. En efecto, el éxito fué completo y esta conducta quedó justificada por el brillante resultado obtenido Por esto se ve que la punción nos sirve, no solo como exploradora en todos los casos y como curativa en determinados, sino que tiene un lugar especial como preservativa ó preventiva en otros.

Cuando los resultados de una punción exploradora son favorables y se pueda aplicar como medio curativo, esto es, cuando por ejemplo el absceso es de pequeñas dimensiones y sus paredes se han retraido lo bastante, debemos guardar una actitud espectante é investigadora por algunos dias; si los signos de una reproducción aparecen, otra punción debe hacerse ántes de que el absceso llegue á las proporciones anteriores y no esperar á que los desórdenes sean más grandes Esta segunda punción, por la cantidad del pus extraido y su naturaleza, nos puede dar una idea del grado de retracción que ha sufrido el foco, y de los progresos que ha hecho en el sentido de la curación. Si hay una tendencia bien marcada hácia la reparación, una tercera punción será útil y sinó una cuarta; pero si al contrario la destrucción avanza y no se nota una modificación favorable después de la segunda ó tercera operación, es no solo inútil sino peligroso insistir en éste método y la canalización está indicada Sinembargo, hay que insistir más cuando las condiciones de retracción son mayores.

A igualdad de volumen, un absceso colocado cerca de la cara cóncava del higado, tiene más probalidades de curar por las punciones repetidas, que otro que se acerque á la pared costal ó que esté profundamente situado. Aquí, la presión periférica se hace al través de una gruesa capa de tejidos y tiene menos influencia sobre sus paredes. Pero si en cualquier lugar que esté colocado un absceso y por pequeño que sea, el pus que contiene está mezclado con restos de tejido conjuntivo y forma una masa grumosa y concreta, el éxito de

la ó las punciones será dudoso y se perdería el tiempo sinó se abre y canaliza con oportunidad.

Hemos dicho que se debe insistir más en la punción cuando la colección purulenta se acerca á la superficie cóncava, y las razones son: que la presión abdominal ejerciéndose sobre una capa delgada de tejido hepático que no le opone gran resistencia, puede deprimirla al grado de aproximarla y ponerla en contacto con la pared opuesta, siempre que ambas no sean anfractuosas é irregulares, para favorecer su adhesión; la segunda razón es, que la incisión del absceso. por la pared abdominal, teniendo sus peligros no se debe recurrir á ella sino hasta haber quedado convencidos de su necesidad y después que las punciones hayan dado un resultado nulo.

Cuando un absceso ha sido puncionado una ó varias veces, que su volumen se ha reducido notablemente, y que los signos físicos están de acuerdo, para suponer una curación rápida, el tratamiento metódico por las punciones debe seguirse; pero si á pesar de estas condiciones ventajosas, las manifestaciones de una infección séptica. no explicables por otra causa, persisten ó aparecen de nuevo, la conducta es otra y la indicación es abrir y desinfectar el foco ántes de que la fiebre éctica, la diarrea ú otra complicación agoten al enfermo. Otro medio quirúrgico no sería empleado con más probalidades de éxito, porque aun cuando la aspiración con el trocar vacíe en su mayor parte la cavidad, si esta está tapizada por una capa de pus, como suele verse, hasta de un espesor de dos centímetros, no basta que la retracción sea completa, si persiste esta nata purulenta que se interpone estorbando el trabajo de reparación; y siendo un manantial de productos sépticos que el organismo absorve, es necesario modificar esas paredes directamente, canalizar y destruir con los antisépticos la causa de la infección.

CAPITULO V.

INCISIÓN Y CANALIZACIÓN POR LA PARED COSTAL (HEPATOTOMIA INTERCOSTAL).

1.º—CONSIDERACIONES SOBRE ESTE PROCEDIMIENTO OPERATORIO.

Se dá el nombre de canalización (en francés drainage) al método por el cual se da salida al pus y otros líquidos á medida que se forman. Esta denominación se ha dado impropiamente al procediento de abertura amplia y canalización de los abscesos hepáticos por la incisión, cuando no es más que uno de los tiempos indispensables de la operación. Así es, que debemos reservar el nombre de *incisión* ó *hepatotomia* como más natural, y porque recuerda el procedimiento seguido, y no usar el de *canalización* sino para indicar el mecanismo por el cual se hace la evacuación del pus y la inyección de líquidos antisépticos; la combinación de estos títulos sería más feliz y tendría la ventaja de hacer comprender más fácilmente el objeto de esta operación. La incisión sola no bastaría para llenar el fin y la canalización practicada tan imperfectamente como se hacía en su principio también sería insuficiente. El fin que tratamos de obtener es: dar salida facil y pronta á todas las partes del contenido del absceso, como grumos purulentos, falsas membranas, masas caseosas, etc. y tener una via amplia hasta la completa curación. Así es, que para mayor claridad deberíamos titular este procedimiento con el nombre de *incisión amplia y canalización antiséptica.*

La dimensión que deba darse á la herida, no puede fijarse con precisión. Dé una manera general puede decirse, que debe ser tan grande cuanto lo permita el volumen del absceso y según el lugar escojido. No hay inconveniente en hacerla grande; aunque parezca demasiado, y sí lo hay y muy serio, en hacerla pequeña. Teniendo en cuenta que la incisión de la piel no conserva su relación con la del hígado después de hecha, por la desigualdad de retracción de los tejidos, es conveniente darle una longitud que exceda en 2 ó 3 centímetros, á la que se quiera dar á la profunda. Una incisión de 6 centímetros puede bastar; pero lo mejor es que

sea de 6 á 10 centímetros, porque además de que permitirá la exploración y el lavado más perfecto posible no se verá cicatrizar antes de la oclusión completa de la cavidad, como es frecuente. Siendo muy pequeña, aunque no tuviera otros inconvenientes, se convertiría en un trayecto fistuloso tapizado por tejido inodular, que con el tiempo se encayece y no dejará de ser un obstáculo para la pronta curación.

La facilidad de la operación, los brillantes éxitos obtenidos, gracias á que hoy podemos combatir victoriosamente el terrible enemigo de la septisemia por la aplicación rigurosa del método antiséptico y los pocos peligros consecutivos, hacen desaparecer toda vacilación y dar más preferencia á este procedimiento que al de las punciones repetidas.

Dememos contar en primera línea con la antisepcia, por que sin ella veriamos desarrollarse como en otros tiempos, de una manera formidable los fenómenos de intoxicación séptica. Puesta en contacto una atmósfera purificada con la superficie supurante, se evitan los fenómenos de descomposición pútrida, que son el verdadero peligro y origen de muchas complicaciones graves. Por esto debemos usar de la antisepcia *ántes*, *durante* la operación y con especialidad en *todo* el tratamiento consecutivo hasta la curación completa.

La multiplicidad de los lavados és un elemento *escencial* de éste procedimiento. Poco importa que el aire penetre á la cavidad repetidas veces, si vá despojado de los gérmenes que tiene en suspensión. La acción de los líquidos antisépticos y de otros varios que podemos usar como detersivos ó modificadores és incontestable: sabemos que muchos activan el trabajo de reparación, que podemos regularizar á voluntad, llevándolos frecuentemente en contacto con la superficie supurante. Así és, que contra una de las prevenciones del método de Lister, debemos repetir nuestros lavados cuanto sea necesario, para evitar el estancamiento del pús, su descomposición cuando ha salido á exponerse al aire exterior y el contacto prolongado con la piel del enfermo.

La elevación de temperatura, és un signo de la absorción de productos sépticos y és una buena guia que indica la eficacia de los lavados; pero no debemos esperar la aparicion de éste ó de otros accidentes para combatirlos, al contrario debemos evitar su desarrollo y el único me-

dio de conseguirlo és repetir las curaciones: la fetidéz del pús y su abundancia, son otras tantas indicaciones para obrar así. Siempre que se descubra el campo operatorio estará protejido por pulverizaciones fenicadas. Los tubos de canalización deben sér de los mayores de la escala de Lister y penetrarán lo suficiente sin tocar la pared opuesta del absceso; deben sacarse en cada curación para cerciorarse de que no están obstruidos y de que funcionan bien; cada vez serán acortados conforme la retracción lo exija y colocados en su lugar después de un minucioso lavado.

La pocisión del enfermo en su lecho tiene grande interés; debe buscarse siempre su inclinación laterál derecha, para facilitar el escurrimiento de los líquidos, pero sin olvidar que esta situación prolongada y el contacto permanente del pus que humedece la curación, favorecen la formación de escaras, que és un accidente desagradable digno de tomarse en consideración.

2º.—PUNCIONES EXPLORADORAS.

Ya hemos dicho la manera de practicar una punción y solo nos limitaremos á recomendar *siempre la cloroformización* ántes de llevarla á cabo, esceptuando aquellos casos en que haya una contraindicación ó que la fluctuación sea tan superficial que baste dividir la piel para encontrar el pús. ¡Cuántas veces, á pesar de tener casi la certeza del lugar del absceso, se hacen una y más punciones con un resultado negativo! Si como esploradoras se practican sin cloroformo, no las soportaría bien el paciente y se vería uno obligado á no hacer mas que una y diferir la operación para otro dia, perdiendo un tiempo precioso, y el enfermo se lamentaría de haber sufrido una operación dolorosa é inútil y tal vez por eso se resistiera á otra intervención.

No basta que una punción anterior haya indicado el lugar donde existe el pús, es necesario antes de hacer la incisión practicar una ó varias exploraciones hasta encontrar la cavidad que lo contiene porque se correría el riesgo de penetrar con el bísturi, conducido á ciegas, en un lugar distante del absceso. Las relaciones pueden cambiar de un dia á otro y ser

la causa de este defecto operatorio. Así és que el trócar *siempre* debe guiar al bísturi ménos cuando el pús esté enteramente superficial.

Si despues de una punción exploradora se nota que la cantidad de pús es pequeña y que no está en relación con el volumen del absceso apreciado por los signos de exploración, ó que en otro lugar hay fluctuación, la indicación de otra ú otras punciones se impone, y otro ó varios abscesos pueden ser abiertos y canalizados á la vez.

3°.—INCISION DIRECTA, EXPLORACION DE LA CAVIDAD, PRÁCTICAS, ANTISÉPTICAS, CANALIZACIÓN.

La incisión que constituye el principal tiempo de la operación debe llamar más nuestra atención: de antemano deben haberse estudiado las condiciones individuales para fijar la estensión, dirección y situación que se debe dar á la herida. De esto hemos hablado yá y solo insistiremos en decir, que se debe escojer el *lugar* en donde existe la *fluctuación*, buscando siempre el *punto más declive*, y á falta de ella, el sitio por donde la punción, ha descubierto el absceso. Sin embargo, si existe la fluctuación en un punto y en otro más declive una punción descubre el pús; este és indudablemente el mejor para conseguir los beneficios de la canalización y por allí debe abrirse. La estrechéz accidental ó congénita de los espacios intercostales tiene una importancia grande y debe tomarse en consideración al hacer la incisión, porque és un obstáculo que se opone á sostener debidamente el tratamiento consecutivo. Siempre que el caso lo permita se escojerá un espacio intercostal que tenga suficiente amplitud.

Ya determinado el punto, se introduce el trocar hasta ver salir el pús con el objeto de apreciar la profundidad á que se debe llevar el bísturi y en qué dirección. Un ayudante fija la cánula, tapando con el dedo su extremidad libre, para impedir que el escurrimiento del pús estorbe al operador. Este, precisa con el dedo los bordes de las costillas que limitan el espacio; hace la incisión de la piel y el tejido celular en una extensión de 6 á 8 centímetros, paralelamente á su cur-

batura. Pinzas hemostáticas serán aplicadas para cohibir la hemorragia. Se profundiza la incisión capa por capa hasta llegar á los músculos intercostales, último tiempo en que se redoblarán las precauciones para no despegar el periosteo ó herir la arteria intercostal, para lo cual el trocar que ocupa el fondo de la herida y el dedo son una guia segura. Antes de incidir los tejidos profundos se hará con cuidado la hemostasis completa, en seguida, el bísturi puede penetrar de un golpe al absceso. El dedo índice izquierdo debe sustituir *inmediatamente* al bísturi é introducido metódicamente puede hacer una exploración minuciosa y separar los labios de la incisión con el objeto de facilitar la salida al pús.

Si las heridas profunda y superficial son pequeñas, se hace una debridación con un bísturi abotonado, conducido prudentemente por el dedo que está en la cavidad, en la extensión y direccion necesarias Es muy importante que las heridas no pierdan sus relaciones, para lo cual el dedo no debe sacarse, hasta haber colocado los tubos que deben canalizar el absceso. Algunos operadores, y entre ellos Stromeyer Little, penetran hasta el foco por una incisión hecha en un solo tiempo, en el momento que una gota de pús sale por la cánula del trocar. No es nuestro ánimo censurar este procedimiento ni podriamos quitarle el mérito que tiene en las manos que lo practican; pero sí debemos hacer algunas observaciones para quienes, por su falta de esperiencia ó por que no tienen la suficiente confianza en sí mismos, saben temer juiciosamente el más ligéro accidente operatorio. El que sabe apreciar los inconvenientes graves que trae la pérdida de sangre debe estimar en alto grado una gota de este líquido, porque su pérdida es un elemento ménos con que cuenta el paciente, para defenderse del enemigo terrible de la supuración. No solo disminuye la resistencia del individuo sino puede ser la causa de accidentes inmediatos ó consecutivos, que comprometan gravemente su vida. Hemos visto morir de síncope á dos enfermos algunas horas despues de operados por el procedimiento de Little: á la anemia producida por la enfermedad se aumentó la efusión de sangre durante la operación, aunque en pequeña cantidad, y fué la causa evidente de su desgraciado fin. Otros ejemplos podriamos citar en que se nos diría que otras causas habian intervenido; pero si

de cualquiera manera una hemorragia ha contribuido ese desenlace, por qué no la hemos de evitar? El ejemplo siguiente es de gran enseñanza: Un enfermo de la Sala de tercer año, del hospital San Andrés, fué operado por el procedimiento de Little. En la noche del dia de la operación, el escurrimiento de sangre, fuera del apósito, y el estado general indicaban que una abundante hemorragia habia tenido lugar. El enfermo estaba en un estado lipotímico y muy poca sangre salía, sin dar seguridad de que tubiera su fuente en el tejido hepático. Se hizo una compresión conveniente de la herida, con lo que se detuvo el escurrimiento aparentemente, pues en lugar de hacerse al exterior, fué á ocupar la cavidad del absceso; se intentó hacer una compresión más enérgica, un taponamiento y otros recursos pero todo fué inútil: el enfermo murió.

Este caso es instructivo y sirve de lección para obligarnos á ser mas caustos y menos confiados. ¿Por qué no evitamos este peligro, poniendo en juego todos los recursos que nos enseña la práctica? Es cierto que no con ellos podemos evitar de una manera absoluta un accidente; pero sí hasta donde nuestras fuerzas alcancen. Por mucho que se arguya no hay razón para aceptar un procedimiento rápido y no excento de peligros cuando nada nos obliga á la violencia; al contrario la prudencia y la mesura nos dan más seguridad.

Los peligros de una hemorragia han querido ser evitados haciendo una incisión estrecha y profunda introduciendo una pinza, y separando sus ramas rápidamente hasta darle la longitud deseada. Los tejidos se desgarran y contunden bajo la presión de las ramas de la pinza, que puede hacer tambien despegamientos musculares y favorecer la infiltración consecutiva. Otro inconveniente tiene y és; que no haciendo una sección de los elementos musculares, sino una separación forzada tienden á volver á su situación normal y estrechan considerablemente la herida. Por esta razón, semejante conducta no está de acuerdo con una de las condiciones del procedimiento que sostenemos, que requiere indispensablemente una vía amplia, no solo para el facil escurrimiento de los líquidos sino para poder hacer un taponamiento en caso necesario. En el tratamiento consecutivo és donde se pueden apreciar más las ventajas de una incisión grande: las curaciones se hacen rápidas, menos dolorosas, los tubos se pueden

quitar y poner facilmente y, sobre todo, no se interrumpe el trabajo de cicatrización.

Hemos dicho que és conveniente que el dedo índice permanezca indispensable introducido profundamente con el fin de conservar el paralelismo de las heridas; pero no és ese solo su objeto, sino que debe conducir la cánula del irrigador y dirijirla metódicamente sobre todas las paredes del absceso para facilitar por la presión de la columna líquida, el despegamiento de las natas purulentas que han quedado adheridas, teniendo cuidado de dejar un espacio libre entre el dedo y la cánula, separados moderadamente, para dejar escurrir el pús y los líquidos la vadores. A la vez el dedo puede esplorar la cavidad, recorriendo las paredes que están á su alcance; desprender los colgajos purulentos; darse cuenta del grado de retractibilidad, de la consistencia y otras particularidades de las paredes; de si existen alguna ó algunas cavidades en comunicación con la del abceso por una via más ó ménos estrecha y, en fin, si no existe otro abceso aislado cuya fluctuación puede sentirse al travez de un delgado tabique de separación.

Es muy útil conocer la capacidad del absceso, locual se consigue con un artificio muy sencillo que consiste en medir la cantidad de la solución antiséptica que puede contener, deduciendo la diferencia entre la cantidad de líquido que queda en el depósito del irrigador y la que éste contenía ántes de la inyección. Por este medio se puede hacer una comparación, diariamente, para saber á lo que se reduce la cavidad y aun para establecer un pronóstico más ó menos favorable.

Olvidabamos un dato de exploración que tiene grande interés para el pronóstico y para instituir un tratamiento racional primitivo: éste nos lo da la pared externa del absceso. Si la destrucción supurativa ha llegado hasta la pared costal, el dedo nos puede hacer apreciar la alteración del periosteo ó de las costillas, si hay un despegamiento de aquella menbrana ó una necrosis de uno de estos huesos. Lesiones de esta naturaleza hacen menos fovorable el pronóstico y son una indicación para otra intervención.

Las *inyecciones antisépticas* las debemos considerar absolutamente *necesarias* porque no solo aseguran más el éxito y previenen las complicaciones, sino que evitan á la naturaleza

los esfuerzos que debiera hacer para expulsar los productos de la secreción que quedan adheridos á las paredes.

Para evitar los incovenientes de la absorción, se deberán hacer los lavados con rápídez hasta que el líquido que escurra salga enteramente limpio, teniendo cuidado de dar al paciente una actitud propia para que la solución antiséptica bañe todas las paredes de la cavidad.

Los líquidos empleados son: los de bicloruro de mercurio al 1 ó al ½ p. 1000, de ácido fénico del 2 al 5 p. 100 y de ácido bórico al 4 p. 100. á una temperatura de 40°. Todos han sido más ó menos temidos por los accidentes de intoxicación á que pueden dar lugar; pero esto no sucede sino cuando imprudentemente se usan soluciones fuertes ó se hacen permanecer en contacto con la superficie supurante por un tiempo largo.

La irrigación obra mecánica y químicamente. La acción mecánica se ejerce desprendiendo las natas purulentas adheridas á las paredes, y para ello debe graduarse la presión de la columna líquida con la elevación del depósito del irrigador sobre el nivel de la cama del enfermo y con el diámetro de la abertura de la cánula. Esto tiene una importancia que no ha sido apreciada sino despues que la práctica nos ha hecho conocer su utilidad. Dejando entrar los líquidos lentamente y sin presión, solo arrastran á su salida los detritus purulentos que por si solos se han desprendido y dejan una capa de pus tapizando las paredes. La irrigación debe hacerse en todas direcciones y para conseguir este objeto es necesario servirse de cánulas largas de extremidad curva, las únicas que se prestan para hacer el lavado de las paredes externa y laterales que no son accesibles al chorro directo de las cánulas rectas. Con este artificio podremos en abscesos irregulares hacer un lavado completo sin dificultad.

La acción química destructiva de los gérmenes sépticos, la obtenemos con las sustancias *antisépticas* conocidas ó con otras que obran como irritantes caústicos ó modificadores. Estas últimas son más usadas durante el tratamiento consecutivo para activar el proceso reparador, y para modificar la naturaleza de la supuración; entre ellas podemos citar en primera línea, el nitrato de plata en solución del 1 al 4 p. 100

el cloruro de zinc y el sulfato de cobre, en la misma proporción, según lo tolere la suceptibilidad del individuo.

El yodoformo que además de ser un poderoso antiséptico es un modificador y exitante de gran valor, usado tópicamente, nos presta grandes servicios. La introducción de una gran cantidad puede ocasionar fenómenos de absorción y por eso hay que ser prudente en su aplicación. El medio más á propósito consiste en inyectar con una pequeña jeringa de ma neraque bañe uniformemente todas las paredes, la cantidad necesaria de una solución de yodoformo en éter sulfúrico á saturación, teniendo cuidado de que escurra el exceso haciéndo inclinar al enfermo lateralmente.

La necesidad de oponerse á la reunión prematura de los lábios de la herida y la de conservar una vía ámplia para la salida de los líquidos hasta la curación completa, nos obliga á interponer tubos de cauchú cuantos sean necesarios y del mayor calibre de la escala, no solo con el objeto de obtener una curación rápida, sino con el de evitar una segunda operación, como suele suceder, cuando la cicatrización de la incisión ha avanzado de tal manera que se llega á convertir en un trayecto fistuloso estrecho, ántes de la oclúsión de la cavidad. En estas circunstancias el médico se ve obligado á debridar ó ampliar la abertura cuando la marcha reparadora se detiene ó las complicaciones de la retensión del pus aparecen. Hecha primitivamente una incisión ámplia debemos conservarla interponiendo tubos de canalización de paredes suficientemente resistentes (los de Chassaignac por ejemplo) pero no de goma ó metal como lo hacían antiguamente algunos cirujanos. Las cánulas metálicas que dejaban á permanencia tenian grandes desventajas, ulceraban los bordes de la herida, alteraban el periosteo de las costillas en contacto, éran el origen de infiltracienes, impedían toda exploración y eran la causa de fístulas persistentes.

Otros medios de canalización se han puesto en práctica; pero no han dado los resultados deseados. La "*irrigación continua*" ideada por el Dr. Clement, y la "*Canalización intermitente*," procedimiento que ha dado algunos éxitos al Dr. Macias, han dejado algo que desear y no llenan todas las indicaciones.

De las complicaciones ó accidentes que estorban la marcha

reparadora, se deducen las condiciones que debe tener un procedimiento de canalización para que sea bueno. Las complicaciones y accidentes son: la septisemia, la infección purulenta, la falta de retracción de las paredes del absceso por la retensión del pus ó por otra causa etc., etc. El procedimiento de canalización que describiremos es el que más evita estos peligros y llena mejor las indicaciones: consiste en interponer en la herida dos ó más tubos que habiendo penetrado á la cavidad, sin tocar sus paredes, solo salgan un cetímetro á lo mas para poderlos sugetar convenientemente. Los tubos del núm. 7 de la escala son los mejores; serán colocados paralelamente é introducidos á profundidades variables, imitando la disposición de una flauta de *Pan*; se sugetarán entre sí, cuando son mas de dos, por un hilo de seda grueso; el primero y último serán atravezados transversalmente por alfires de seguridad y á una distancia de medio centímetro de su extremidad, de manera que no estorben la luz de los tubos. Si son dos solamente pueden no estar unidos entre sí, pero si sugetos á los alfires. Así se tiene un medio seguro que no impide el ojeto de los tubos y los fija convenientemente. Antes de colocarlos en su lugar es bueno tener la precaución de hacerles mayor número de perforaciones y agrandar las que ya tienen los tubos de Chassaignac, pero cuidando de que ninguna quede cerca de la extremidad externa porque las llemas carnosas de los bordes de la herida ó del espesor de los tejidos divididos, al proliferar, penetrarían en estas aberturas y obstruirían su calibre Su longitud es variable y depende de la profundidad del absceso; no debiendo penetrar más que 4 ó 5 centímetros. Sin embargo no hay incoveniente en que sean muy largos, hasta de 12 ó 15 centímetros, siempre que se cuide que no toquen las paredes opuestas y que se acorten frecuentemente como sea necesario de 1 ó 2 centímetros todos los dias, á medida que la cavidad se cierre. La presión de la extremidad profunda de los tubos sobre la pared del absceso, si es prolongada, puede producir una perforación del parenquima hepático con sus consecuencias. Como los tubos no recojen la supuración sino por sus aberturas inmediatas á la herida, es inutil que sean demasiado largos, solo si serán convenientes para canalizar otro absceso profundo y cuya abertura de comunicación con el foco principal fuese muy pequeña.

La extremidad libre de los tubos debe ser muy corta y que solo salgan del nivel de la piel lo suficiente para asegurar los alfileres; dos ó tres milímetros es bastante. Así se evita que el apósito y el vendaje hagan presión sobre ellos é impidan el escurrimiento de los líquidos.

Si los alfileres quedan muy distantes de la boca de los tubos reciben la presión del vendaje y la transmiten á la piel y pueden ulcerarla. Además su simple contacto prolongado irrita la piel y es doloroso. Interponiendo una tira de protectivo ó de gaza engrasada hendida longitudinalmente en forma de ojal en la extensión que ocupen los tubos, se evita el contacto directo y las molestias consecutivas.

La fijación de los tubos puede obtenerse como lo aconseja Marschall; sugetándolos á un hilo elástico que da la vuelta completa al tórax y está pegado á la piel por vendoletes de tela emplástica ó colodión. Cualquiera que sea el mecanismo, lo que importa es sujetarlos entre los labios de la herida con el fin de que no caigan en la cavidad y que se puedan poner, quitar y asear en cada curación sin gran dificultad. Debemos recordar que el objeto de los tubos es asegurar el escurrimiento de los líquidos en el intervalo de las curaciones, pues en ellas en lugar de ser útiles estorban; la cánula del irrigador solamente, conducida por el dedo y dirigida en todas direcciones hace el lavado más completo que con los tubos. Al fin del lavado es conveniente ponerlos y hacer por ellos una última inyección solo con el objeto de ver si funcionan bien.

El objeto de que los tubos queden cortados al raz de la piel es el de poder aplicar, sobre sus aberturas, un fragmento de protectivo ó de tela de caoutchuc, de manera que cubra toda la herida y que sus bordes se apliquen perfectamente sobre la piel. De esta manera se realiza una especie de válvula que impide la entrada del aire durante los movimientos de inspiración. La aspiración que se hace por ellos y por los intersticios que los separan, atrae esta válvula membranosa, que adaptada herméticamente en sus bordes impide la irrupción del aire y la salida de los líquidos se hace sin dificultad. El exceso de presión interior en la expiración hace salir una cantidad de líquido, que levantando la válvula se infiltra entre las mallas de los tejidos absorbentes del apósito. Por es-

te mecanismo tan sencillo se consigue la evacuación continua del pus y se evita la entrada del aire. Por él también se facilita la aproximación de las paredes, que sujetas á una presión negativa, por el vacío que se hace en las fuertes expiraciones ó en la tos, tienden á acercarse hácia el centro de la cavidad.

CURACION DESPUES DE LA OPERACION.

Una curación bien hecha debe llenar dos condiciones: impedir la penetración de los gérmenes infecciosos y recojer los productos de la supuración. Podemos escojer entre los diversos materiales, aquellos que según las circunstancias se adapten más y que se aproximen á imitar en sus fundamentos al métode de Lister, así, las hilas ó algodón, la tarlatana, la tela de salud, el boudruche etc., impregnados de sustancias antisépticas, pueden remplazar los materiales costosos de la curación Listeriana. Sin embargo siempre que se pueda debemos emplear ésta, que ya existe convenientemente preparada. Este apósito superficial debe tener un espesor y una extensión suficientes para evitar que los líquidos salgan y puestos en contacto directo con el aire, entren en descomposición. En la mayor parte de los casos y siempre que la herida tenga suficiente amplitud, lo que es de regla á favor de un buen resultado, debemos hacer una curación á fondo, llenando la cavidad con bolitas de algodón absorbente impregnadas con aceite ó vaselina yodoformada y sujetas por un hilo largo, ó bien con delgadas tiras de gaza yodoformada seca que absorbe más fácilmente los líquidos; las extremidades libres de estas tiras deben salir por el espacio que dejan entre sí los tubos, de manera que no impidan su función.

Este taponamiento no debe oponer resistencia á la retracción de las paredes y es conveniente no hacerlo en toda la cavidad sino solamente en la parte más declive, en donde la supuración podría acumularse ó estancarse en el intervalo de las curaciones; de esta manera se activa la vitalidad de la superficie supurante por los tópicos que así se pueden llevar profundamente y se evita el contacto prolongado del pus, porque á medida que se forma es absorbido por la gaza ó algodón.

Los hilos ó tiras de gaza deben estar sugetos á distancia

de la herida para tener la seguridad de no dejar en la cavidad alguna bolita de algodón ó un fragmento de gaza que sería difícil sacar y que podría ser causa de accidentes, como los que trae consigo todo cuerpo extraño. Como es sumamente frecuente que el contacto prolongado de la humedad de las piezas de curación ocasionen no solo un eritema en el contorno de la herida, sino escoriaciones y aun verdaderas ulceraciones que al principio son muy dolorosas, es conveniente para evitarlo, después de secar la herida, untar vaselina pura ó mezclada con ácido borico al 4 ó al 8 por 100, ó una pomada con tanino ó con óxido de zinc, cuando alguna erupción ha aparecido. Sobre el protectivo, tela de boudruche ó de salud, aplicado como se ha dicho ya, se coloca una capa bastante gruesa de gaza ó de algodón impregnada de alguna sustancia antiséptica de manera que tenga por lo menos 20 centímetros por lado y un espesor de 2 centímetros si es de algodón, ó que tenga por lo menos 8 ó 10 hojas de gaza. Sobre esta pieza de curación, debe colocarse una tela impermeable que pase dos ó tres centímetros á la capa precedente y que se aplique exactamente sobre la piel. Esta hoja, hace como la primera, el papel de válvula impidiendo la entrada del aire en las inspiraciones profundas, sin poner obstáculo á la salida de los líquidos en exceso que se escapan fuera de esta curación y son recogidos por el algodón. Por este mecanismo se verifica después de cada expiración fuerte, una corriente de líquidos y gases fuera de la cavidad que infiltrados en los planos del apósito no pueden volver á entrar aun en las grandes inspiraciones, trayendo por consecuencia una disminución de presión interior que es muy favorable para la distención de los órganos vecinos y la retracción de las paredes de la bolsa. No sabemos hasta qué punto será benéfico para la marcha rápida á la curación; pero el hecho es que Cabot, en el tratamiento de cuatro casos de empiema, ha debido atribuir el buen éxito á este modo de proceder.

Por último una gruesa capa de algodón absorbente ó salicilado cubre la curación pasándola en todas direcciones y sobre ésta, otra de algodón corriente de manera que abrace la mitad de la circunferencia del cuerpo, y todo sujeto por una venda ancha que haga una compresión moderada y uniforme; así se evita el que las distintas capas de la curación no deslicen, y

llenen su objeto convenientemente. Cuantas veces sea necesario, se seguirá esta conducta con el cuidado y esmero que requiere, y el que deseé obtener un brillante resultado, no debe omitir en el tratamiento consecutivo, el *spray* fenicado, ni olvidar los detalles de asepcia y antisepcia que son bien conocidos.

Cuando se trate de un individuo debilitado y demacrado, á quien debe sugetarse en lo sucesivo á una quietud absoluta, es necesario no esperar la aparición de escaras para combatirlas, sino prevenir su formación por medio de cojines de viento acomodados de tal manera que las partes salientes como el sacro, los trotánteres y los homóplatos no descansen directamente sobre el colchón duro. En el enfermo de la observación 4.ª se formaron escaras sobre los apófisis espinosos de algunas vértebras y se consiguió detener su desarrollo por medio de dos cojines largos colocados longitudinalmente á los lados de la columna vertebral; con solo ésto las ulceraciones se vieron cicatrizar en pocos días.

CUIDADOS CONSECUTIVOS.

Una vez colocado el enfermo en su lecho convenientemente, procurará dársele una posición ligeramente inclinada sobre el lado derecho, para facilitar más el escurrimiento de los líquidos que después de los primeros dos días es muy abundante. Después de seis ú ocho días se le permitirá reclinarse ó aun sentarse si esta posición la soporta bien y si no le trae dolores y sobre todo, si la tos y otros signos indican la extasis pulmonar que puede presentarse. No debe el enfermo tomar parte activa en este cambio de actitud; los enfermeros ó ayudantes son los que se encargarán de ello y cuidarán de no incomodarlo en cada cambio de ropa de cama, que será tan frecuente como lo exija su perfecta limpieza.

La segunda curación no se hará antes de las 24 horas, por temor de que la hemorragia capilar que se ha contenido por la compresión del apósito se reproduzca, y sobre todo, porque la observación de muchos casos ha enseñado, que la cantidad de pus secretado en las primeras 24 horas es sumamente pequeña en relación con la de los días subsecuentes; aun á las 48 horas ha sucedido encontrarnos con la curación casi tal

como se había puesto antes. En los siguientes días aumenta proporcionalmente y hace más necesaria la indicación de una curación *bis*.

No debemos esperar, como es práctica muy usual, que la elevación de la temperatura se presente, ni que las capas superficiales del apósito se infiltren, para decidirnos á hacer una renovación. Se dice que una curación bien hecha debe dejarse hasta que el organismo, por la calentura, manifieste que sus efectos dejan de ser benéficos. ¿Por qué hemos de esperar que la absorción de productos sépticos se revele, que no deja de ser perjudicial al enfermo, para combatirla ó detener sus progresos, si la podemos remediar con vaciar y lavar el foco lo más frecuente posible? Una sola objeción podrá hacerse y es, que el enfermo sufrirá demasiado con las curaciones repetidas; pero en primer lugar, por ellas no perderá tanto como podrá perder por una calentura aun ligera sostenida por algunas horas, y en segundo, que con paciencia y con un minucioso cuidado, se le pueden economisar molestias y sufrimientos.

Que la mancha de la supuración aparezca en la superficie del vendaje, se comprende, és una indicación urgente para renovar la curación, porque desde que esto sucede deja de ser antiséptica y expone á los peligros de la infección; pero esto no sucederá si, siguiendo los consejos de Guerín, hacemos un empaque algodonado suficiente, para que el aire que penetre sea tamizado y que los líquidos que escurran se infiltren en sus mallas sin llegar á la superficie. Esto no ha podido guiar nuestra conducta, porque en nuestros casos aun cuando la cantidad de pús haya sido abundante á las 12 horas, no lo hemos visto manchar el vendaje ni derramarse fuera de la curación.

En la mayoría de los casos, cuando el absceso és único y que se han tomado todas las precauciones antisépticas, la temperatura baja rapidamente á la normal en la noche del día de la operación ó lentamente hasta el siguiente dia; pero suele suceder que la temperatura permanezca elevada hasta 39 ó 40 grados, ó siga las occilaciones de la fiebre séptica como existía antes de la operación, en este caso, y cuando otra causa independiente no se pueda comprobar, deberá sospecharse la existencia de otro absceso ó dudar de la eficacia de los lavados, y en esta más que en otras circunstancias se insistirá

en hacerlos más frecuentes teniendo por guia el termómetro que se pondrá inmediatamente ántes y una ó dos horas después. Los datos que se obtienen son de un valor positivo que nos harán desechar la idea de otro absceso que pudiera existir; pero si por ellos se vé que las temperaturas no son influenciadas en nada despues de cada curación, y que algunos signos subjetivos y objetivos no han desaparecido como es de regla á los dos ó tres dias, tendremos muy fundadas sospechas en que no es la insuficiencia de los lavados, sino la existencia de otro foco independiente, ó comunicado por una via muy estrecha con el foco principál, la que nos presentó ese cuadro. Entonces és cuando el médico debe redoblar sus esfuerzos y utilizar los datos que una esploración atenta le den para descubrir la causa de los desórdenes hasta entónces inesplicables. La observación núm. 4 nos dá una prueba: después de un largo periodo de apirexia completa, una elevación de temperatura sostenida por algunos dias, nos hizo buscar atentamente la causa, que descubierta, nos convenció de que no era la falta de asepcia su origen sino que un divertículo profundo cuya abertura de comunicación con el foco principal se habia estrechado tanto que no dejaba salir el pús, que en pequeña cantidad se habia acumulado, produciendo los efectos de la absorción. Encontrado el trayecto fué facil ampliarlo con una cánula curba conducida por el dedo; se vació, lavó convenientemente y en lo sucesivo se procuró impedir su estrechéz hasta que la cavidad hubo desaparecido. La temperatura volvió á ser normal. Esto nos indica que la calentura no nos debe servir siempre como medio indicador para dirijir y apreciar la eficacia de los lavados, porque por su insuficiencia ó por lo tardíos podemos referir una elevación de temperatura á esa causa, sin preocuparnos de que otra pueda ser, como en el caso citado.

No omitiremos recordar aquí la importancia de la exploración digital interna, cuando la herida es amplia y el foco es grande: En el presente caso, el tacto descubrió una depresión infundibuliforme en cuyo fondo, las paredes eran deldadas, la sensibilidad exagerada y se podía apreciar la fluctuación. La presión hecha con la extremidad del índice hizo salir una ola de pús espeso por la abertura estrecha del trayecto. En otro caso, el de la observación núm. 1, por el tacto se diag-

nosticó la alteración del pericondrio que estaba duro, engrosado y en algun punto dejaba á descubierto la extremidad cartilaginosa de la costilla correspondiente; esto dió origen, más tarde, á una intervención que completó la curación del enfermo, haciendo desaparecer una fístula que largo tiempo existió por esa causa.

La fiebre puede ser debida á la retención del pús, ó de algunas falsas membranas alteradas que pueden haber quedado adheridas, ó á la existencia de una cavidad secundaria no reconocida en el momento de la operación. Aqui se indica más imperiosamente una esploración cuidadosa y un lavado completo, de lo que se puede deducir la debrídación amplia de la herida, una contra abertura, la resección de un fragmento de costilla ó la raspa de las paredes etc. segun sea la causa de la fiebre.

Durante el tratamiento consecutivo, algunas de las precauciones que más se deben tomar son: conservar el mayor diámetro posible á la herida, no disminuir el calibre de los tubos, sino hasta que la supuración sea en muy pequeña cantidad, cuando ya no tenga los caracteres hepáticos y en suma cuando la observación atenta de los fenómenos de reparación lo indiquen, á juicio del operador. Esto mismo servirá de guia para acortarlos ó quitarlos por completo simultánea ó gradualmente hasta que haya desaparecido la cavidad.

Quitar los tubos antes del momento oportuno, expone á la cicatrización *falsa* y á la formación, atráz de ella, de un nuevo absceso; si permanecen un tiempo prolongado é innecesario, retardarán la cicatrizacion definitiva y la herida se convertirá en una fístula que dificilmente curará por sí sola.

Cuidados médicos é higiénicos.--Con el fin de la operación comienza, en la generalidad de los casos, el trabajo de reparación y el esfuerzo que el organismo hace se manifiesta por la vuelta de la temperatura y el apetito al estado normal, la diarrea cuando existe desaparece lentamente; el dolor, los sudores, el insomnio y los fenómenos de compresión cesan, y al cabo de algunos dias, los enfermos no se quejan sino de las molestias inherentes á la lesión operatoria. En este momento en que á la vez se establece un proceso de supuración abundante y prolongado y que no contamos con condiciones individuales favorables, debemos ayudar á la naturaleza con medios apro-

piados: la alimentación rica en sustancias nutritivas, el alcohol, los huevos, la carne, el vino de quina, las preparaciones ferruginosas, el aceite de bacalao, si és tolerable, las sustancias amargas, cuasia, nuez vómica, etc. serán administradas y se vigilará si algun accidente ó complicación se presenta para atenderlo oportunamente sin olvidar que las perturbaciones gastro intestinales son las mas frecuentes y que la integridad de la digestion és lo que más contribuye al buen exito de la operación; esta función se facilitará con la pepsina, la pancreatina ó la bilis de buey, segun sea la indicación sintomática.

Los cuidados higiénicos se reducirán al aseo personal, á la desinfección y limpieza de la cama y sus piezas de uso. Al fin de algunos dias se podrá obsequiar la solicitud de los enfermos, permitiéndoles dar algunos pasos, lo que és muy conveniente para la restauración de las fuerzas y para evitar los peligros del decúbito prolongado, siempre que este ejercicio no sea continuado y cuando se comprenda que los movimientos no causen algun trastorno. La respiración de un aire libre y otros muchos cuidados se les prodigarán para facilitar la curación y una rápida convalecencia.

Las *principales complicaciones operatorias*, aunque raras, que pueden alarmar al cirujano son: 1.° la hemorragia, 2.° la pérdida de bilis y 3.° la perforación del peritoneo.

1.° *La hemorragia* puede tener dos fuentes: la herida de los pequeños ramos arteriales de las masas musculares ó la de la artería intercostal y la producida por el parenquima glandular. Bajo el punto de vista de su tratamiento, la herida de las arterias musculares ó de las paredes no tiene mucha importancia, son ramos de pequeño calibre que quedan á la vista y pueden tomarse con pinzas, torcerse ó ligarse, siguiendo las reglas generales para evitar la pérdida de sangre, por pequeña que sea; pero la herida de la intercostal, vaso de consideración y cuya situación anatómica lo pone fuera del alcance de la vista, nos obliga á alejarnos de él y á tomar todas las precauciones para no ver su abertura desagradable, complicar una operación que és bien sencilla. Pero puede suceder que al hacer la incisión, los movimientos del enfermo, los de espansión del tórax, el deslizamiento del trocar que sirve de guia, hagan desviar la dirección del bísturi y se acer-

que al borde inferior de la costilla superior, dividiendo la arteria y produciendo una hemorragia que en esos momentos no és facil conocer, porque olas de pús sanguíneo salen por la herida y no se da uno cuenta de ello hasta que un lavado se ha hecho, cuando ya no és pús sino agua mesclada con sangre en abundancia, la que se escapa. Si preocupado el cirujano por este accidente investiga la causa y una observación conveniente le hace descubrir el orígen de salida del líquido sanguíneo, siempre és después que el enfermo ha perdido alguna cantidad que lo debilita, y más cuando está ya agotado y no tiene la suficiente fuerza para resistir. Así es que como se ha dicho yá, el operador redoblará sus precauciones en el último tiempo de la incisión, con más razón cuando los espacios intercostales son estrechos y que el bísturi apenas cabe entre las dos costillas. Se han aconsejado varios medios cuando este accidente se presenta: la compresión directa y la ligadura han dado buenos resultados; pero tienen sus inconvenientes. El primer médio, como lo aconseja Gérard, consiste en pasar con una aguja curba, un hilo que lleva sugeta en su centro una bolita de hilas y anudar fuertemente el hilo por la cara externa de la costilla habiéndola desnudado previamente de los músculos. Además de que és dificil colocar la compresa sobre la boca del vaso dividido, la constricción fuerte puede traer la necrosis de la costilla por falta de circulación del periosteo y la presencia de la torunda de hilas en la herida puede estorbar el escurrimiento de los líquidos y hacer impracticables los lavados; el taponamiento de Desault por medio de una compresa que se llena de bolitas de algodón tiene estos últimos inconvenientes y és dificil asegurar la tracción contínua sobre sus estremidades sin ocacionar molestias al enfermo. Ir á buscar la arteria con pinzas ó agujas és una operación dificil y laboriosa y que muchas veces no se consigue despues de muchos esfuerzos. El mejor medio que dá una seguridad completa y no compromete en nada el éxito de la operación, sino al contrario és benéfico por muchos títulos, és hacer la compresión digital ó por otro mecanismo mientras se hace la resección sub-perióstica de un fragmento de la costilla, seguida de la ligadura de los dos cabos de la arteria que quedan envueltos en el periosteo.

Las paredes del foco pueden haber sufrido algunas lesiones

y ser ellas la causa de la hemorragia ó bien la depresión brusca causada por la extracción del derrame, traen consigo la fluxión y un escurrimiento sanguíneo abundante. Parece que las nuevas condiciones en que quedan las paredes del foco debian de dar un resultado opuesto, ya por la retracción propia ó por la compresión ejercida por los órganos periféricos. Sin embargo, cualquiera que sea el orígen de la hemorragia, por los capilares de las paredes ó por los de los tabiques desgarrados, el tratamiento es el mismo. Si és poco abundante, una inyeccion de agua antiséptica á 40° es suficiente; pero si nó, la repleción de la cavidad con bolas de algodón ó largas tiras de gaza hasta hacer una ligera compresión, cohibe la hemorragia, siendo por esto el mejor hemostático, siempre que la herida tenga amplitud para poderlo hacer convenientemente.

2. ° Es muy frecuente que en el momento de la operación ó consecutivamente, un *escurrimiento de bilis* pura, bañe las paredes del saco, lo cual no tiene serio inconveniente cuando és en pequeña cantidad y que sale por distintos puntos á la vez. Esto nos indica que la tendencia al restablecimiento de la circulación de la bilis hace salir este líquido por algunas bocas abiertas de los canalículos biliares que lo retenian en exceso. Muy pronto se vé desaparecer esta complicación por la obstrucción de estos vasos; pero si un canal de grueso calibre se ha abierto, el escurrimiento abundante persiste por un tiempo indefinido, convirtiéndose en una fístula cuyas paredes irritadas constantemente, tienen poca tendencia á la cicatrización, siendo un manantial de pérdidas para el organismo y que muy pronto trae consecuencias graves. Sin embargo coincidiendo con una mejoría del estado general, en el enfermo de la observación núm. 4, hemos visto serrarse una fístula de grueso calibre que daba de quince á veinte gramos diarios de bilis pura, para volverse á abrir cuando se suspendió el trabajo de reparación por otra complicación que minó profundamente el organismo.

La bilis, por sus propiedades exitantes y antisépticas, en contacto con la superficie supurante, no ejerce acción nociva. Cuando se pierde en notable cantidad, hace falta para la integridad de las funciones digestivas, el individuo se agota y pierde su resistencia haciendo presumir un pronóstico fatal

tanto más cuanto que no tenemos medios eficaces para combatir esta complicación.

3. ° *La abertura del peritoneo*, que antes se consideraba como la más grave complicación y el temor de que una peritonitis mortal fuese la consecuencia de la penetración del pus á la cavidad de esta serosa, hacían que los operadores, en la esfera de la prudencia, vacilaran y no emprendieran nada sin haber procurado antes, por los cáusticos ó por otros medios el desarrollo de una inflamación adhesiva de las hojas parietal y viseral, que asegurase al operado de tan terrible accidente. De todos los medios usados no hay uno que bajo ese punto de vista dé una confianza absoluta; más de una vez se ha encontrado el peritoneo sin la menor huella de inflamación ó las adherencias han sido tan débiles que se han desgarrado sin el menor esfuerzo, y sin embargo, practicada la operación por los espacios intercostales, no se ha visto que el pús se derrame en la cavidad abdominal.

La razón de este fenómeno que los hechos clínicos demuestran, no la podriamos interpretar claramente de una manera práctica; pero teóricamente creemos esplicarnos la causa de la manera siguiente: el hígado y el diafrágma adaptan su forma perfectamente y aún cuando los dos tienen una movilidad relativa que se hace notar en cada uno de los movimientos de la respiración, el deslizamiento de sus superficies, que siempre están en contacto formando una cavidad virtual, no és tan estenso en todos los puntos correspondientes y debido al ensanchamiento de la base del tórax en la inspiración, á la contracción del diafrágma que hace disminuir la altura de la bóveda en que está contenido el hígado y siendo este por su estructura una glándula poco dispuesta á cambiar de forma, tiene que obedecer á un movimiento de descenso que solo se hace sensible cerca de los bordes y en el punto que corresponde al hueco epigástrico. La parte mas alta de la superficie convexa y la correspondiente de la bóveda diafragmática que están en contacto, no sufren desalojamiento alguno, sino un deslizamiento muy limitado y eso en los grandes movimientos del diafragma. Otra de las razones que influyen para explicarse la causa de este fenómeno és la que ejerce la presión atmosférica; podremos comparar perfectamente lo que pasa aquí con lo que pasa en la articu-

lación coxo-femoral. La acción de la presión atmosférica, más la de la masa intestinal que llena de gaces ejerce una presión uniforme, asegura el contacto perfecto de las superficies serosas por lo ménos en la parte más alta; si á este nivel se hace una perforación del diafragma que comunique con el exterior, no tendrá influencia en la separación de las serosas mas que cuando faltase la acción de la presión abdominal. Estos dos factores reunidos, mas la fijeza de la glándula se oponen á todo desalojamiento, haciendo menos temible la infiltración de líquidos ó gases con todas sus consecuencias. La abertura de un absceso en este lugar no ha traido consecuencias graves imputables á la irrupción del pús en el peritoneo. Entre nosotros infinidad de operaciones se han hecho sin preocuparse de si existen ó nó las adherencias peritoneales. La confianza de esta práctica está justificada por la observación y sea cual fuese la esplicación que se dé, el hecho és que las superficies serosas permanecen en contacto aun en las incisiones amplias y no dan lugar á la penetración del pús á la cavidad abdominal, pero siempre que la incisión se ha practicado al nivel de la parte mas alta de la convexidad del lóbulo derecho, que corresponde al 7.° 8.°, 9.° y 10.° espacios intercostales.

CAPITULO VI.

INCISION Y CANALIZACION POR LA PARED ABDOMINAL,

(HEPATOTOMÍA ABDOMINAL.)

El peligro inminente que hay de abrir un absceso libre de adherencias, por la pared abdominal, nos hace detenernos en este procedimiento.

La peritonitis y la hernia del epiplon ó del intestino son las complicaciones directas que nos hacen variar de conducta en la técnica operatoria.

Los detalles y precauciones que se deben tomar no varían del procedimiento anterior; pero aquí no hay la misma confianza de penetrar al foco por una incisión sin el temor de la infiltración

purulenta. Más adelante veremos cuales deben ser las condiciones indispensables para ponernos á salvo de este accidente y cual es el medio para obtener el contacto íntimo de las dos serosas y mantener el paralelismo de las heridas.

En cualquier punto de la pared del vientre que corresponda al borde inferior de la glándula los movimientos de deslizamiento que sufren las serosas es más marcado y se hace en una longitud apreciable; en cada movimiento de inspiración el hígado es repelido hacia abajo y su base es desalojada en una extensión más ó menos grande mientras que su convexidad, que corresponde á la bóveda diafragmática permanece en contacto. Además en cada movimiento de inspiración la área de la base del torax, se ensancha aumentando especialmente en su díametro ántero posterior y como la masa intestinal flotante se encuentra sugeta á un aumento de presión por el descenso del diafragma, para equilibrarla tiene que distender la pared abdominal en el punto que encuentre menor resistencia, en el epigastrio, así es que á este nivel hay un aumento del diámetro abdominal.

El hígado al estado normal está poco dispuesto á seguir la forma que afecta la cavidad abdominal en los grandes movimientos inspiratorios, más aun, cuando está esclerosado, degenerado ó inflamado y que conserva una forma invariable, en este caso, no solo el abatimiento es más marcado sino que se despega de la pared abdominal. ¿Quién no ha podido apreciar alguna vez la interposición de una asa intestinal entre la pared del vientre y un hígado cirrótico y crecido? La percución en un caso semejante puede sugerir un engaño que es facilmente aclarado por la palpación, si se encuentra el borde duro y cortante del hígado al traves del intestino interpuesto.

Una incisión hecha en el epigastrio sobre el hígado sin adherencias expone á la hernia del epiplón cuando menos, lo mismo que si se hiciera en cualquier punto cerca de su borde cortante.

Estas razones hacen cambiar de conducta al operador y con justicia no deberá penetrar directamente si no tiene la seguridad plena de que existen fuertes adherencias. La falta de ellas ó su poca solidez, ha sido la causa de accidentes desagradables, como los que hemos citado; pero que no dejan de ser un buen ejemplo. Muchos procedimientos se han imaginado para desarrollar las adherencias; Recamier (1825) aconseja la aplicación sucesiva de potasa caústica ó pasta de Cancoin sobre la piel, hasta formar

una escara profunda que dé origen á la inflamación adhesiva, Graves divide con el bísturi hasta cerca del peritóneo para que un proceso lento de supuración propagado á la serosa la adhiera Bégin [1842] divide también el peritóneo y hace una curación á fondo. Se han recomendado las punciones repetidas hechas en forma círcular, la acupuntura múltiple de Frousseau [1862],la punción seguida de la cánula permanente de Jobert etc. Todos estos procedimientos tienen inconvenientes que sería largo enumerar y el mejor medio de conocerlos es verlos figurar en la historia, en donde han quedado como recuerdo de una época pasada.

El mejor procedimiento puesto en práctica por Lawson Tait, por P. Reclus y otros cirujanos para los quistes hidáticos supurados del hígado, el que se adapta perfectamente y llena mejor las indicaciones consiste: en hacer sobre la parte más culminante del tumor en la región epigástrica, una incisión, precedida de una punción exploradora, ya sea vertical ó siguiendo el reborde cartilaginoso de las últimas costillas, en una longitud de 6 á 8 centímetros, y dividir poco á poco los planos de tejidos hasta llegar al peritóneo, este será seccionado en la misma extensión que la piel; pero después de haber hecho la hemostasis de la herida. Una vez descubierto el hígado y asegurádose de la existencia del tumor fluctuante por la palpación, se toma con ganchos la pared del hígado ó de la bolsa purulenta que corresponde á las extremidades de la incisión; se atrae hacia afuera hasta poner en contacto las dos serosas. Después se abre el tumor de manera que las incisiones se correspondan y vaciado y hecho un lavado perfecto se suturan los bordes de la incisión abdominal con los del absceso Por este mecanismo hay el peligro de que durante las manipulaciones para vaciar ó lavar el foco, las dos serosas no permanezcan en íntimo contacto, y que el pus y los líquidos penetren á la cavidad peritoneal, accidente que es importante evitar.

El procedimiento, que ha dado once éxitos en once casos á Lawson Tait consiste en vaciar incompletamente la cavidad del absceso por una punción con un trocar de mediano calibre, con el objeto de abatir la tensión de las paredes y hacer menos peligroso el derrame de pus. Después de esto se toma con ganchos ó pinzas la pared del saco, se atrae hacia afuera, se divide con el bísturi sobre el lugar de la punción y se sutura inmediatamente antes de hacer la evacuación completa. Así se facilitan los lavados sin el temor de que se pierda el paralelismo de las heridas.

Creemos, aun sin hechos prácticos con que confirmarlo, que en la generalidad de los casos en que al hacer la división de la pared del vientre no se encuentren adherencias, debemos tener la seguridad de que hay entre la pared del absceso y la cápsula de Glisson un espesor de tejido glandular sano de un centímetro por lo menos y podremos sin temor dividir aquella membrana suturarla sólidamente con la hoja parietal del peritóneo y después penetrar directamente con el bísturi. Cuando al contrario, la fluctuación es muy superficial y que al abrir el peritoneo se descubren adherencias, hay que sospechar que la supuración no esté separada más que por lá cápsula sola ó por una capa delgada de tejido hepático. En este caso si son sólidas y comprenden una area bastante grande se puede abrir impunemente sin otra precaución; si no lo són, el temor subsiste y la sutura alejará el peligro. Sin dejar de ser buena la punción previa no deja de tener algún inconveniente y es, que abatida y retraida la pared del saco, que antes se presentaba entre los labios de la herida, es más dificil tomarla con ganchos ó pinzas y expone á la hernia del epiplón ó del intestino, y más si se hace una compresión abdominal como se aconseja.

Un punto importante es fijar la situación de la incisión. En nuestro concepto no creemos que sea indiferente hacerla paralelamente á la línea blanca ó siguiendo el borde costal.

Mientras más se aleje de la situación normal del hígado, hay más peligro de que las suturas se desgarren, porque la retracción de la cavidad se hace desigualmente; siendo la pared inferior la que con más fácilidad es repelida por la masa intestinal hacia arriba, y esta tendencia del hígado á recobrar su sitio normal hace qué, la incisión quede después fuera de la area de matitez, y las paredes supuradas, sujetas á una constante tensión, podrían desgarrarse y favorecer una perforación. Se evita en parte, como lo aconseja Tait, haciendo la sutura después de la retracción de la cavidad y solamente en la extensión de lá herida profunda, poniendo en el ángulo inferior de la incisión superficial uno ó dos puntos de sutura; pero esto no da seguridad completa y además la herida profunda retraida, reduce mucho el campo de acción para los lavados consecutivos Otro de los defectos es el no ser consecuente con uno de los preceptos generales, que aconseja hacer siempre las incisiones en el punto más declive.

Todas estas razones están á favor de la incisión hecha cerca del

borde costal y paralelamente á él. Así no hay el temor de la desgarradura de las suturas, las superficies seccionadas se afrontan bien, su fuerza de retracción es menos intensa ó nula por estar en un punto elevado, no hay el peligro de una perforación y queda en un punto declive con relación á la actitud del enfermo. Aun en los casos en que para penetrar al foco se tenga que atravesar un espesor de tejidos mayor que en otro punto del epigastrio, el lugar de elección debe ser éste, ya se trate de un absceso del lóbulo izquierdo ó del derecho, siendo las probabilidades de éxito mayores mientras el punto declive se acerca más al flanco. La sección transversal del músculo recto cuyas fibras se alejan no es inconveniente porque aquí más que en otro caso debemos conservar abierta esta via, hasta la cicatrización completa.

El tratamiento consecutivo es idéntico al que hemos descrito, y juzgando *á priori,* creemos que los resultados deben ser más satisfactorios operando por esta via en donde las condiciones para la cicatrización son más favorables.

La práctica de Horner (*) á principio de este siglo consistía en hacer paralelamente al cartílago de la octava costilla una incisión hasta descubrir el hígado, no habiendo adherencias hacía la sutura de los labios de la herida con los puntos correspondientes del hígado. En el espacio situado entre los puntos de sutura introducia un trocar que dejaba el tiempo suficiente para sustituirlo después por una sonda blanda hasta la completa curación.

Morris y Fairer modificaron el procedemiento haciendo en vez de la punción una amplia incisión, previa evacuación completa del pus y sutura de los labios de las heridas, seguida de la canalización y el lavado. Fairer aconsejó el uso de una cánula acanalada que servía de guía al bísturi. Posteriormente Reclus en su "*Clínica de cirujía abdominal*" describe así su procedimiento: Punción exploradora; incisión amplia sobre la línea blanca á dos ó tres dedos abajo del reborde costal; sutura con la aguja de Emmet, de los bordes de la herida hepática con los de la piel; evacuación del foco y canalización.

Este es el procedimiento que reune mayores ventajas, con la condición de que la sutura de la herida de la pared del vientre con la bolsa se haga antes de la abertura amplia, pu-

* *The American Journal of medical sciences.*—1834.

diendo ser precedida de una aspiración que vaciando incompletamente el faco le disminuya su tensión y se escoja el punto más declive y más próximo al reborde costal.

I.—*Indicaciones de la hepatotomía abdominal.*

Determinar cual es el momento oportuno en que deja de ser eficaz el procedimiento de las punciones, no es muy dificil y cada enfermo presenta al médico que ha seguido su observación cuidadosa, un cuadro de síntomas y manifestaciones que ayudado por las exploraciones repetidas, lo hacen invariablemente decidirse á una intervención más enérgica. Para esto es necesario no tener una fé ciega en un procedimiento y no ilusionarse por un alivio pasajero. Debe ser uno prudente no por otra causa sino porque los progresos del mal escapan fácilmente á la observación, y con la idea engañosa del éxito, por muchas punciones, se puede dejar pasar un tiempo precioso y las consecuencias son desfavorables y perjudiciales para el paciente.

P. Reclus dice en su "Clínica de cirujía abdominal," hablando de los quistes supurados del hígado:

"No olvideis que los fanáticos de la medicina preconizan la punción, aun cuando la supuración se haya establecido; las observaciones, no son raras en las que 8, 10, 12 aspiraciones han sido practicadas para buscar la desaparición total del quiste. Dieulafoy nos habla de un enfermo en quien el trocar fué introducido más de 300 veces."

De las indicaciones de la punción se deducen en gran parte las de la incisión amplia, por eso no entraremes en detalles; pero hay otras que les son especiales y de tal valor que por sí solas se imponen y no necesitan de la punción exploradora.

Antes de ver confirmado el diagnóstico por la punción puede uno, directamente y con seguridad, penetrar con el bísturi y hacer amplias incisiones, cuando el absceso, con tendencia á abrirse al exterior, ha destruido los tejidos sub-cutáneos y se ha hecho tan superficial que no haya la menor duda de su existencia. En estas condiciones no hay que temer, el mismo proceso supurativo ha asegurado las adherencias del peritonéo, antes de destruirlo.

En muchos casos cuando el pus busca su salida produce una alteración de los tejidos los inflama y los adhiere, como lo vemos en las fístulas naturales con el intestino, la pleura y el pulmón.

Así, en la piel, cuando los signos inflamatorios se manifiestan, es porque no solo las adherencias se han formado, sino que la destrucción se ha abierto paso al traves de ellas, para prevenir los peligros de una peritonitis mortal. La observación número 1 nos da un ejemplo: un voluminoso tumor fluctuante situado muy cerca del reborde costal, de paredes inflamadas, tensas, dolorosas, delgadas y cuyo límite no era facil marcar, hizo presumir que dicho tumor, era un absceso de las paredes del vientre. Además, el estado general del enfermo, las manifestaciones del padecimiento y su origen traumático, no hacian sospechar una alteración hepática y sin embargo, fué grande nuestra sorpresa, al ver salir una cantidad enorme de pus clásico que ocupaba una cavidad formada en el espesor del lóbulo derecho del hígado. Aquí la incisión no daba lugar á vacilación y fué hecha en una extensión de 10 centímetros, y tres abajo del borde costal, paralelamente, sin abrir en ningún punto el peritonéo.

En otras circunstancias debemos ser consecuentes con la punción é insistir en ella en los límites de la prudencia. Cuando se nos presente á la vista un absceso situado cerca de la cara inferior del hígado, punto en que goza esta glándula de gran movilidad, las punciones, aun en número mayor que en otro lugar, deben practicarse; pero desde el momento en que sean ineficaces, debe abrirse ampliamente sin pérdida de tiempo, porque, si bien es cierto, como lo acabamos de decir, que las adherencias se forman oportunamente, aquí por la mayor movilidad de las víseras abdominales, tal vez no han tenido tiempo de formarse ó son tan débiles que se desgarren y la penetración del pus se haga en el peritonéo. El tamaño del absceso y la naturaleza de la supuración, son tambien indicaciones para practicar la hepatotomia, tanto más imperiosas, cuanto que por su sitio aumente los peligros de una perforación.

En estos momentos se nos ha presentado, en el hospital "C. Béistegui", un caso curioso cuya observación detallada consta al fin. Se trata de una enferma en quien el diagnóstico,

siendo dudoso, se le hizo una punción capilar exploradora, en la parte culminante del tumor (5 centímetros abajo del cartílago de la novena costilla). La extracción como de 60 gramos de pus hepático aclaró las dudas é hizo pensar en la hepatotomía; pero la enferma al día siguiente de la punción presentaba los signos de una peritonitis: tenía basca, meteorismo, dolor en el vientre, pulso pequeño y concentrado, temperatura elevada, etc. La idea de una perforación ó una desgarradura de las adherencias que podrían haber sido formadas, indicaba una intervención rápida y enérgica, y en efecto, el Dr. Chacón determinó hacer la hepatotomia. Hecha una incisión de 10 centímetros abajo del hipocondrio, ligeramente oblícua hacia abajo y atrás y sobre la línea axilar anterior, se llegó al peritonéo; previa hemostasis fué abierto y un abundante líquido cetrino conteniendo grandes coágulos fibrinosos y enturbiado por algunas natas blancas, se precipitó por la herida.

Se había caido en un quiste del peritonéo, porque el dedo explorador se detenía á cierta distancia y podía percibir adherencias en todas direcciones. Hacia arriba y cerca del ángulo superior de la incisión se sentía la superficie fluctuante del tumor.

Se le hizo una segunda punción exploradora que dió pus hepático.

El trócar sirvió de conductor para introducir un bísturi y debridar la herida hepática en una extensión conveniente.

La cantidad de pus pudo valuarse aproximadamente en 1000 gramos y apesar de su evacuación y la retracción de las paredes, los límites del foco no pudieron apreciarse ni alcanzarse con el dedo.

La manera como intervino la punción para desarrollar ese cuadro alarmante, no es facil explicar por haberse hecho con las mayores precauciones, quemando en una lámpara de alcohol y desinfectando el trócar. Así es, que no hay razón para suponer una perforación por esta intervención; pero de todos modos y cualquiera que hubiese sido la causa, la indicación era abrir el vientre y el absceso y canalizar las dos cavidades. Esta indicación era urgente y no debía esperarse..

Este caso confirma la idea de intervenir sin pérdida de tiempo porque tanto el volumen del absceso como su proximidad á la cavidad del vientre, deben haber contribuido á favorecer

esta complicación. La autopsía practicada setenta y dos horas después de la operación, no hizo descubrir perforación alguna. Había grandes coágulos fibrinosos y un abundante derrame seroso en el peritonéo; las asas intestinales dilatadas é inyectadas estaban adheridas por falsas membranas recientes; en la parte del hígado correspondiente á la cara cóncava del lóbulo derecho, había adherencias antiguas con el cólon, el epiplón y el intestino delgado; su cara convexa, tenía también adherencias con el diafragma. La incisión había caido precisamente sobre el punto más delgado de la pared del absceso y había hecho comunicar su cavidad con la del peritonéo que á ese nivel estaba adherido y daba el aspecto de un quiste muy irregular. En el punto correspondiente á la incisión no había huella de perforación anterior, ni había derrame de pus hepático en el peritonéo. No por eso la intervención dejó de estar justificada ni dejó de llenar las indicaciones. Desgraciadamente el estado constitucional era malo y la enferma no resistió á la terrible peritonitis que le causó la muerte.

Lo que más llamó la atención de este caso, fué que siendo tan superficial la fluctuación hacía suponer la existencia de adherencias con la pared del vientre, pero no fué así, porque en todo su espesor se desprendía fácilmente del tumor.

A la autopsía, la pared del saco solo tenía 5 ó 6 milímetros y estaba adherida; pero por bridas facilmente desgarrables.

Este ejemplo es de notoria utilidad y la deducción és la siguiente: *no se deberá perder tiempo en hacer las punciones siempre que un absceso grande, cuya pared esté solamente formada por una delgada capa de tejido hepático, carezca de adherencias ó se sospeche, que si las hay, sean de muy poca resistencia*

La *laparotomia* y la *abertura* amplia del absceso son los medios inmediatos y eficaces para impedir una perforación y una peritonitis mortal.

Los signos subjetivos ú objetivos que anuncien la propagación de la inflamación al intestino, al estómago, á la plera etc., deben traer la idea de la posibilidad de una perforación que en todo caso és de regla prevenir por una intervención rápida.

II.—*Contra-indicaciones generales de la hepatotomía.*

Una vez agrupados los datos que nos sirvan para justificar una operación, debemos investigar ántes de proceder, si hay ciertas condiciones en el enfermo que constituyan una contra indicación formal y que se opongan por sí solas á conseguir el éxito deseado. Las reglas generales de cirujía nos enseñan en qué condiciones individuales debemos emprender una operación, para obtener un éxito completo ó para alcanzar un alivio que pueda prolongar la vida de un enfermo. La hepatotomía no és una operación grave ni dificil; el traumatismo producido y las complicaciones operatorias, no són de tal importancia que nos obliguen á desistir de nuestro propósito delante de un caso cuyas probalidades sean dudosas, por el temor de no conseguir un éxito completo. ¡Ccuantas veces, solo por disminuir los sufrimientos de un paciente ó por prolongar su vida algunas horas, se emprenden operaciones aun laboriosas, con la plena convicción de que són enteramente inútiles! En otras condiciones no solo son inútiles sino nocivas, porque pueden violentar el resultado, y entonces el juicio del médico será la mejor guía.

Gravedad del estado general. Un estado general grave que reconoce por orígen directamente la misma enfermedad, puede por sí solo bastar para indicar ó contra-indicar una operación, según predomine alguna de sus manifestaciones, que como hemos dicho són de tres órdenes, mecánicas, sépticas y de nutrición, y tienen una relación directa con el volumen y la época del absceso. Un individuo que en avanzada edad, lleva un absceso, que ha crecido lentamente á expensas de la destrucción de la glándula y del organismo en generál, que la diarrea, la fiebre ectica etc., lo han puesto en un estado de agotamiento dificil de soportar y que el síncope mortal, próximo é inevitable, pudiera ser ocacionado por la menor exitación, en este caso los medios paliativos deben emplearse por no dejar de hacer algo; pero no escojer aquellos que violenten la situación. Por el contrario cuando la supuración del hígado data de algunas semanas solamente en un individuo robusto, en quien no se ha alterado

su sangre profundamente y que no tiene lesiones irremediables de la vísera, aun cuando su aspecto sea alarmante, en este estado, no solo se indica la operación, sino requiere la violencia, puesto que de ella depende en gran parte el éxito inmediato y la prevención de otros accidentes que pudieran sobrevenir. En grados extremos ha bastado una punción para hacer desaparecer por completo los fenómenos de compresión y absorción, cuando una intervención más enérgica hubiera sido peligrosa en vista de la gravedad y de los desórdenes producidos. Pero cuando estas perturbaciones graves reconocen por causa la presencia de la supuración, como en la septicemia, aun *in extremis*; la indicación és quitar esta causa y solo la hepatotomía puede satisfacer; en efecto, se vé el estado general cambiar bajo su influencia y los fenómenos sépticos, que por su intensidad podian traer la muerte, desaparecer por completo.

Segúramente hay un límite pasado el cual el envenenamiento de la sangre y la parálisis del corazón son irremediables: este límite és dificil conocer; sin embargo, en los casos dudosos és preferible intervenir de la manera más racional que abstenerse y dejar al enfermo expuesto á los progresos de su mal y más cuando sin agravar su estado pueda concebirse alguna esperanza.

La conducta no debe ser la misma cuando alteraciones profundas de otras víseras, que dependen directamente de la lesión hepática, como consecuencia necesaria de ella, sean irremediables, y que aun quitando la causa, lleguen á su fin de una manera rápida. Lesiones graves del intestino, del riñón, una tuberculosis avanzada, una lesión cardiaca, son otros tantos factores que disminuyen las probabilidades de éxito y no solo, sino que su influencia puede contribuir á dar un resultado contrario á las esperanzas del operador.

Si un estado grave no depende directamente de la marcha rápida de los accidentes, sino al contrario, és debido al agotamiento lento y progresivo, á la depresión de las fuerzas y á la falta de energía de las funciones, siendo todo esto una consecuencia de la septicemia crónica y de la degeneración grasosa y amiloidea de otras víseras, en una palabra, si existe un estado de caquexia supurativa ó de tisis, y que la muerte és

inevitable y próxima, la abstensión és preferible y la mejor conducta para no agravar el estado del paciente.

Las *afecciones renales; pulmonares, intestinales* y otras aunque aparentemente hagan su evolución de una manera independiente, són por lo comun originadas por la misma causa y reciben de una intervención cualquiera cierta influencia que disminuye la resistencia del organismo y aumenta los peligros á que ordinariamente exponen. Está en este caso la *tuberculosis*, que desarrollada anteriormente ha seguido un curso de marcha lenta, localizada en los pulmones y sin la apariencia de una enfermedad grave. En este estado la supuración de la glándula y la aplicación de un tratamiento que hace esperar un tiempo largo, despiertan por decirlo así, la actividad de dicha afección, que por su generalización ó por sus rápidos progresos termina con la vida del enfermo. Pero esta no és una contra indicación, aun cuando la lesión hepática fuese también tuberculosa, porque si és cierto que disminuye las probabilidades de éxito, dando una mortalidad más elevada, no impide el proceso reparador, el absceso puede curar, y el enfermo morir poco despues á consecuencia de la tuberculosis, fin al cual habría llegado sin la coexistencia del absceso ó por otra afección concomitante.

Solo en el caso en que la lesión hepática aparezca secundariamente, siendo la tuberculosis la causa directa de una muerte próxima, la intervención por la hepatotomía está contra indicada y solo cabe la aspiración como medio paliativo. Así és, que no la debemos juzgar como una contra-indicación formal, sino en casos escepcionales.

Las lesiones cardiacas ú otras que siguen una marcha ascendente y que tienen que llegar á su fin en un tiempo relativamente corto é independientemente de la afección hepática, agravan considerablemente el pronóstico y ellas mismas son agravadas por la influencia recíproca que tienen, y la muerte puede venir por una de esas causas aun en el momento de la operación.

———

CAPITULO VII.

COMPLICACIONES Y ACCIDENTES DURANTE EL TRATAMIENTO CONSECUTIVO.

El número de las complicaciones que se presentan durante el tratamiento consecutivo, está sumamente reducido y és rarísimo que un flegmón, una erisipela, una infiltración purulenta, ó la septicemia vengan á estorbar el trabajo de reparación, que por lo general se hace de una manera progresiva. Estas son comunes á toda herida quirúrgica y su tratamiento y las indicaciones á que dan lugar son bien conocidas; pero hay otras que aun que entran en la misma categoria y no tienen nada de estraño consideradas aisladamente, son de una importancia grande y debemos fijar en ellas nuestra atención. 1ª La hemorragia parenquimatosa. 2ª El derrame de bilis 3ª la necrosis de una ó varias costillas y 4ª Las fístulas permanentes.

Al hablar de las complicacianes inmediatas, hemos dicho algo acerca de la hemorragia y del escurrimiento de bilis, pero aunque parezca una repetición entraremos en otros detalles por ser ambas complicaciones frecuentes y porque pueden presentarse por causas distintas.

Las dos últimas especialmente, serán el objeto de algunas consideraciones.

1.° *Hemorragia.* La hemorragia de las paredes del absceso és muy rara cuando por su cantidad y por la importancia del vaso abierto, pueda comprometer la vida del enfermo así; como és relativamente frecuente la hemorragia capilar, cuya sangre muy á menudo se mescla al pús y que proviene de la desgarradura de los pequeños tabiques ó de la ulceración de los capilares de la superficie supurante. Cualquiera que sea el origen, debe procurarse detenerla por medio de las inyecciones de líquidos calientes, astringentes etc., como se ha dicho al hablar de los accidentes inmediatos; pero cuando la hemorragia proviene de una arteria de grueso calibre, situada en

cualquier punto de la pared del saco, la indicación és otra en atención á que estos medios son ineficaces; la hemorragia persiste apesar de ellos y la vida del paciente está en peligro: un solo medio satisface, és el taponamiento de la cavidad, pero hecho rápidamente porque sin esta condición se pierden sus beneficios. Si la abertura del absceso és estrecha se tropieza con el inconveniente de hacer el taponamiento incompleto y dificilmente por la poca separación de las costillas, y si la cavidad es amplía, la sangre sigue escurriendo y se acumula en gran cantidad. Practicado así no da la confianza suficiente y hay que recurrir á la ampliación de la herida lo que solo se consigue con la resección de uno ó más fragmentos de costilla ó la debridación.

Hecha esta via amplia la replesión de la cavidad és facil y segura. Pero esta operación de urgencia és laboriosa y necesita un tiempo largo, durante el cual una hemorragia abundante puede ocacionar la muerte del enfermo. ¿Cual sería la condición para atender convenientemente una complicación de esta naturaleza que nunca se puede prever? Indudablemente que si desde un principio damos un acceso libre al absceso por la resección, aun de una sola costilla, el peligro disminuirá notablemente y en un momento dado, rápidamente y sin dificultad alguna, el cirujano cohibirá la hemorragia y evitará al enfermo sus fatales consecuencias. Afortunadamente és un accidente poco comun; pero si no lo fuera las estadísticas tendrían que deplorar algunos malos resultados. Hemos citado un caso funesto, que él solo és bastante para hacernos temer y desconfiar de la insuficiencia de las incisiones y autorizarnos á ser más atrevidos en nuestra intervención. Como ese, otros muchos pueden haberse presentado, en que si la hemostasis se ha hecho, ha sido tardía y despues que el enfermo ha perdido una cantidad de sangre dificilmente reparable.

En todo caso debemos prevenir las complicaciones aunque parezcan escepcionales y mas cuando para conseguirlo tenemos medios sencillos y eficaces sin que por ellos se comprometa el éxito deseado.

2º *El derrame de bilis.*—La pérdida diaria de una cantidad pequeña de bilis no tiene inconveniente, porque por lo general son canales capilares los que se abren para cerrarse

expontáneamente, pero sí és abundante y sale por una fístula de regular calibre, la desnutrición del organismo está amenazada, las digestiones se hacen mal y al cabo del tiempo este manantial á la vez que dificil de agotar consume al individuo, comprometiendo seriamente su digestión, función tan importante. Una fístula de esta naturaleza ya sea que comunique directamente con la vesícula misma ó indirectamente con la porción duodenal del intestino, como sucedió con el enfermo de la o bservación núm. 4, dá un escurrimiento abundante y cási contínuo y las probabilidades de cicatrización de este trayecto son más remotas. Un medio sencillo bastó para detener por algun tiempo la pérdida de un líquido tan importante, este consistió en hacer el taponamiento de la cavidad con gaza yodoformada y no solo de la cavidad sino de la abertura de la fístula que era accecible y tenía un diámetro de tres ó cuatro milímetros. No en todos los casos se ha de tener esa fortuna y si en el caso citado algun beneficio se consiguió, fué debido á la amplia abertura de la cavidad y á que la fístula estaba en un punto visible de la pared opuesta. En la imposibilidad de obrar activamente contra análoga complicación, debemos recurrir, cuando la abertura del trayecto está oculta á la exploración, al taponamiento, único recurso para detener la salida de la bilis y procurar la obstrucción del canal.

Los casos no son raros en que despues de un escurrimiento abundante y prolongado por algun tiempo, sin motivo capaz de esplicarse, la comunicación expontáneamente se ha interrumpido y la bilis en su totalidad ha seguido su curso normal; pero no por eso debemos esperar en todos los casos á que la naturaleza lo haga y si podemos oponernos por algun medio. debemos procurar su salida evitando así sus consecuencias.

3.° *La necrósis de una ó varias costillas.*—Esta complicación tiene un valor cuya importancia ninguno desconocerá, no porque sea orígen inmediato de accidentes graves; pero sí porque interrumpe la curación, siendo la causa de la formación de fístulas persistentes que debilitan al enfermo y le pueden ocacionar la alteración y degeneración de otras víseras por la supuración prolongada.

Reconoce varios orígenes que todos tienden á inflamar el perióstio, á despegarlo de la costilla en una mayor ó menor extención y traer como consecuencia la necrósis de una parte del hueso subyaseate; ya sea que esta porción secuestrada permanezca adherida ó se desprenda expontáneamente, el resultado és igual: una fístula más ó menos profunda, que interese tambien la glándula ó que se limite solo á la pared costal, subsiste, hasta que la naturaleza expulsa el secuestro ó hasta que el cirujano sugeta á su enfermo á otra operación para extraerlo.

La necrosis puede existir desde antes de la abertura artificial ó natural del absceso. (lo que és frecuente) desde el momento de la operación y después de ella.

Cuando un absceso se abre paso por algun punto, los fenómenos inflamatorios periféricos preceden siempre á la perforación. En el caso de un absceso que tiene tendencia á abrirse por la pared costal, la inflamación de los tejidos se hace capa por capa siguiendo los distintos planos; la perihepatitis por propagación trae la peritonitis circunscrita adhesiva, la infiltración inflamatoria del diafragma, de la pleura parietal, del periostio, del hueso etc., todos estos tejidos así preparados son más facilmente destruidos por la supuración, el periósti y el hueso son mas resistentes pero entre sí pierden sus relaciones y su despegamiento muy facil trae la falta de nutrición del hueso y su necrosis y más si está bañado directamente por el pus. Cuando la inflamación se ha propagado hasta la piel, que la fluctuación és subcutánea, que hay abovedamiento de la región y dolor á la presión sobre lá ó las costillas comprendidas en este proceso el dignósticode una ósteo-periostitis, és casi evidente y la terminación por la necrosis ofrece mucha probabilidad, en atención á lo poco adherente que és el perióstio en la cara cóncava de las costillas y á que los elementos de nutrición del hueso los recibe casi exclusivamente de él.

Si en estas condiciones se hace la abertura artificial, no solo se favorece el despegamiento con poner directamente en contacto el pus con los bordes costáles, sino que los movimiéntos necesarios para la evacuación y el lavado del foco, pueden mecánicamente desnudar el hueso.

La presencia de los tubos y su contacto prolongado con una ó las dos costillas que limitan la herida, acaban por ocacionar la desnudación del hueso y su necrosis consecutiva. En muchos casos si la superficie descubierta és pequeña puede cubrirse; pero si és extensa, la reparación és imposible y cuando el absceso está cicatrizado, la herida exterior no cierra y se comunica por un trayecto fistuloso con el fondo de saco en donde se encuentra el secuestro adherente ó en via de eliminación.

4ª *Las fístulas permanentes.*—La evacuación de un absceso ya sea expontánea ó artificialmente cuando es muy voluminoso y sus paredes están poco dispuestas á retraerse, tiene por estas condiciones, tendencia á permanecer por un tiempo relativamente largo ó á cicatrizar incompletamente, dando origen á una cavidad supurante inextensible, más ó menos profunda, en comunicación con un trayecto duro y hasta cartilaginoso, rodeado de un tejido denso, esclerosado y que se abre por una fístula en la pared costal ó en cualquier punto de la pared abdominal.

El resultado és que una cavidad *necesaria*, mantenida por la debilidad individual y la supuración inagotable, se forma indispensablemente. El proceso reparador se interrumpe y queda la cavidad sugeta solamente á su fuerza de retracción; pero llega un momento en que esta és impotente y no puede vencer la resistencia que le oponen las paredes, cuya estructura fibrosa y dura ha sido modificada desfavorablemente por la cronicidad, si á esto se agrega la inextencibilidad de los órganos periféricos, la cavidad no progresa y permanece estasionaria.

En otros casos no és la persistencia de una cavidad en el parenquima hepático, sino la alteración de las costillas (en los abscesos superficiales) la que mantiene una fístula que és ya independiente de la lesión primitiva que le dió nacimiento y está formada entre la superficie del hígado enteramente cicatrizado y la pared costal. La persistencia de una fístula de esta naturaleza puede inducir á error y hacer creer que el absceso incompletamente cicatrizado és la causa de ella; pero esta idea quedará desechada si se estudia la dirección del trayecto, la naturaleza de la supuración y sobre todo, si

se descubre en el fondo la superficie rugosa de alguna costilla ó un secuestro móvil.

Suele suceder que una fístula de esta naturaleza se cierre por una falsa cicatriz y un nuevo absceso se forme debajo de ella destruyendo no solo los tejidos superficiales sino tambien el parenquima hepático ya cicatrizado.

En otros casos los mismos tubos por su contacto, son la causa de una fístula cuya falta de cicatrización podia atribuirse á la necrosis ó á una cavidad necesaria. Cuando inutilmente se mantiene abierto el trayecto, ya sea por un tubo ó una mecha, acaba por cubrirse de una capa epidérmica no solo en su extremidad libre sino en su profundidad, y da origen á una depresión umbilicada en cuyo centro se encuentra una abertura de bordes duros é invertidos, semejando á las fístulas de origen huesoso. La intervención consistiría en la cautarización profunda, la raspa de las paredes, la incisión ó la eccisión completa del trayecto, segun sea la indicación, con lo que bastará en la generalidad de los casos.

Cuando la fístula tiene por orígen la necrosis de una costilla ó la cicatrización incompleta de la cavidad, necesita de una operación más importante; aquí no basta la cauterización ni la raspa y aun muchas veces ni la extracción del secuestro. Una intervención más enérgica és indispensable, cuyo resultado sea: dar á los tejidos una elasticidad suficiente para aproximarlos y favorecer la cicatrización. La resección de una ó varias costillas combinada con la eccisión, la raspa ó la cauterización, és el único medio de obtener la curación de una fuente de supuración que ha permanecido estacionaria.

CAPITULO VIII.

INDICACIONES DE LA RESECCIÓN COSTAL.

Muy frecuentemente vemos en los hospitales enfermos, en quienes se ha canalizado un absceso hepático, que llevan una fístula de origen huesoso por alteración de una ó varias costillas, mucho tiempo despues de haber sanado de su afección

principal, és decir, despues de la cicatrización completa del hígado.

Por el contrario, sin esta alteración, vemos llegar al mismo fin enfermos que tubieron un absceso voluminoso y cuya reparación se ha detenido, ya por la falta de retracción ó por la poca actividad vital, y cuyo resultado és el mismo: la formación de una cavidad necesaria. Cualquiera que sea la causa, la intervención como se ha dicho, está indicada; pero para que el cirujano reuna todos los datos que le autorizen su conducta, necesita que despues de un tiempo largo de recurrir á medios fáciles, que por lo general son ineficaces y no hacen más que embromar inutilmente al enfermo, el resultado sea siempre el mismo. Este estado final no siempre está oculto al que hace la observación cuidadosa y en muchos casos desde el momento de la primera operación se puede juzgar desfavorablemente del éxito y sospechar el tiempo que pueda hacerse esperar la curación. Decimos desfavora blemente, porque las consecuencias de la supuración prolongada son bastante serias y dignas de tomarse en considera ción y antes de que se ocacionen lesiones graves, se debe recurrir al medio más apropósito para conseguir la curación pronta y completa.

Despues de un tiempo largo de muchos sufrimientos y tal vez sugetos á operaciónes dolorosas, algunos enfermos rehusan otra intervención, porque ven su enfermedad reducida á una pequeña fístula que da salida á algunas gotas de pus y creen que su fin está próximo.

Pero en este estado trascurren algunos meses hasta que al fin, debido á la insistencia del médico ú obligados por otras manifestaciones directamente imputables á su fístula, se deciden á operarse en condiciones muy desfavorables y despues de muchos meses de padecimientos.

Este es un motivo serio para que el cirujano ponga de su parte todo su esmero y todos los medios para conseguir no solo la salud de su enfermo sino que esta se obtenga en el menor tiempo posible y sin necesidad de dos ó más operaciones.

Qué medio nos dará, si nó la seguridad á lo menos la probabilidad de obtener la curación pronta y sin accidentes?

Dificil és ciertamente preveer un accidente consecutivo; pero podemos buscar algunos signos de presunción que nos lo hagan temer y antes de que se presente, desde los primeros momentos, destruir las causas que le pueden dar origen.

En el mayor número de casos la necrosis és la causa de esas obliteraciones incompletas y de esas fístulas permanentes y lo comprueba, el que la *resección* és el único medio eficáz para curarlas. Aun cuando ellas hacen el principal papel, és evidente que otras causas pueden dar el mismo resultado; el volumen del absceso, su proximidad á la pared costal, su antigüedad y la debilidad del individuo etc., contribuyen poderosamente y se puede juzgar, desde un principio, que mas tarde se hace necesaria útil y casi indispensalbe

Algunos casos podriamos citar en quienes por condiciones especiales se ha necesitado la resección secundaria y solo eso ha bastado para curar fístulas interminables. Si hacemos el estudio de las ventajas que resultan de esta intervención, bien pronto nos convenceremos de su utilidad.

El resultado final és: la retracción concéntrica de la pared, cuyo esqueleto sólido se ha quitado. Debido á la disposición anatómica en que queda, no solo adquiere flexibilidad' sino que és facilmente atraída por el poder cicatricial hácia el centro de la cavidad, de allí la depresión ó hundimiento marcado despues de la curación. La superficie supurante por esta misma razón disminuye en extensión. dando una cantidad de pus menor y siendo un elemento menos de destrucción. La mayor ventaja ó está en la rapidéz con que se verifican los fenómenos de reparación, no solo en los casos cuya causa tenga por origen la necrosis sino en aquellos en que la atonicidad, ó la falta de retractilidad ha detenido la cicatrización ya próxima á su fin

Nadie pondrá en duda la benéfica influencia que tiene esta operación en el tratamiento del empiema crónico. El caso és enteramente análogo y las indicaciones se llenan de la misma manera. En la mayor parte de los casos, esta intervención se ha aplicado secundariamente y no se ha instituido en el tratamiento primitivo sino para facilitar la operación ó llenar una sola indicación, como se haría en otra región en donde existe un secuestro libre ó adherente.

En las personas jóvenes; ó en aquellas que por una disposición particular tienen los arcos costales deprimidos ó con una curbatura exagerada, los espacios intercostales son estrechos y esto le da una dificultad real á la operación y disminuye las ventajas del tratamiento consecutivo. Aun sin esta deformidad, las dificultades son las mismas, cuando se penetra al absceso por un punto situado entre los cartílagos de prolongación de la 8ª, 9ª y 10ª costillas, lugares que són estrechos normalmente.

Estos motivos han obligado á algunos operadores á resecar una ó dos pequeñas porciones de las costillas que limitan la abertura, con solo el objeto de poder introducir gruesos tubos y facilitar el tratamiento consecutivo.

En un caso del Dr. J. Olvera, la resección de un fragmento de 5 ó 6 centímetros de una costilla, fué necesaria por una necrosis extensa. En otros de los doctores Macías, Cordero, Mejía y muchos que podriamos citar, la resección estaba justificada por necrosis ó estrechamiento del espacio intercostal. Pero hasta ahora no ha llegado á nuestros oidos que el volumen y la proximidad del absceso á la pared costal, se haya tomado en cuenta para justificar por solo esto la resección. Los resultados de esta operación, casi siempre son satisfactorios (enteramente en los pocos casos que hemos observado durante el tratamiento consecutivo) y podriamos asegurar que en todos, el tiempo de la curación se ha abreviado considerablemente. Si cabe la certidumbre de violentar la curación de las grandes colecciones purulentas de la pleura, por la resección múltiple de las costillas, cuando son muchas las probabilidades de una cicatrización incompleta y la formación de una cavidad necesaria, por qué en los grandes abscesos del hígado, en quienes las condiciones son muy semejantes y pueden dar el mismo resultado, no hemos de tener la misma confianza en un procedimiento cuya eficacia és ineludible? Los abscesos antiguos y voluminosos de la cara convexa del lóbulo derecho, están en circunstancias muy análogas á los abscesos pleurales crónicos; su evolución, las condiciones que rigen su cicatrización y su terminación, son modificadas de la misma manera. En la pleura, son las adherencias directas de sus dos hojas las que impiden la cicatrización; en el hígado, son las adherencias periféricas del órgano que lo sugetan y

lo inmovilizan al grado de oponerse á su retracción. En los dos casos, la pared costal, por su rigidéz, no solo no ayuda á la reparación, sino que sirve de punto de apoyo á las adherencias y de una manera pasiva és la que opone mayores obstáculos. La indicación se deduce de estas consideraciones, que en nuestro concepto son el resultado de concepciones no solamente teóricas, sino de los hechos prácticos que hemos podido observar.

Debemos confesar que nos faltan hechos para justificar y dar valor á estas ideas; pero juzgando *á priori*, tenemos la convicción de que los resultados deben estar de acuerdo con este modo de ver. Así, creémos que la resección primitiva no solo está indicada por necrosis ó estrechamiento del espacio intercostal elegido, sino en aquellos casos en que la supuración és superficial, aun sin alteración huesosa ó perióstica apreciable, y cuando el absceso voluminoso ha hecho su evolución en un tiempo largo y hace presumir la existencia de adherencias periféricas.

Si juzgamos tal intervención bajo el punto de vista del tratamiento consecutivo, reconoceremos sus inmensas ventajas, por la amplitud que se puede dar á la herida, incomparablemente superior á la que se le pudiera dar con la mayor incisión simple y en un espacio dilatado. Ya hemos hablado de la utilidad de una incisión grande en longitud y sería prolijo repetir lo que se ha dicho, solo diremos que las ventajas son superiores, porque así podemos tener á la vista y al alcance de nuestros dedos la superficie supurante, que los lavados se hacen más completos y más rápidos, que podemos aplicar medios tópicos convenientes y atender directa y seguramente cualquier accidente ó complicación, por el taponamiento que casi se hace necesario en la mayoría de los casos; con los tópicos, podemos activar la cicatrización, moderar el escurrimiento ó modificar á voluntad las paredes; por el taponamiento, la supuración, aunque sea abundante, es absorvida entre las mallas del algodón ó gaza antiséptica y no escurre fuera del apósito para ponerse en contacto con el aire, que casi siempre és nocivo, y con la piel que se macera y aun puede ulcerarse. Una incisión simple aun de 8 centímetros és insuficiente y no lo és una más pequeña cuando

se ha hecho la resección de un frgmento de una ó de las dos costillas que la limitan.

Los pocos casos de curación completa con resección secundaria nos lo demuestran y nos convencen de la utilidad de esta operación. La observación núm. 3 nos da un ejemplo: el absceso casi cicatrizado á los 30 dias después de la operación, se reducía á una cavidad irregular, de paredes duras, situada entre la superficie del hígado cicatrizado y la cara interna de las 6ª y 7ª costillas cubiertas de su periostio engrosado; en el 8º espacio existía una fístula que por su trayecto dirigido hacia arriba y atrás se comunicaba con ella; la capacidad era como de 40 centímetros.

Más de cuatro meses llevó el enfermo su fístula sin que se notaran señales de reparación. En este tiempo repetidas veces se le propuso una operación haciéndole ver sus ventajas; pero se rehusó y se opuso á toda intervención. No tardó sin embargo en condecender en vista de las manifestacianes graves de albumiuuria que aparecieron, á consecuencia probablemente de una alteración renal debida á la supuración prolongada. Se resecaron dos costillas, y la pared de la cavidad, formada de un tejido fibroso cubierto de fungosidades, fué ampliamente abierta y raspada con la cucharilla de Volkmann. La cicatrización se hizo rápidamente y un mes después el enfermo fué dado de alta enteramente curado. Las observaciones núms. 2 y 4, son otros tantos ejemplares enteramente análogos al precedente. En ellas, resalta la permanencia prolongada de una fístula y su fácil y violenta curación despues de una resección parcial. Si estos casos hubieran sido previstos, los enfermos hubieran sanado en un tiempo muy corto si se hubiera hecho la resección primitiva. En todos coincidió con el enorme volumen del absceso, su proximidad á la pared costal, su antigüeded y la debilidad del estado general. Estas condiciones reunidas, indudablemente contribuyeron á dar el mismo resultado. Así és, que en nuestro concepto, en casos análogos, no hay que vacilar en convinar el procedimiento de Estlander al de canalización, porque además de ser bien sencillo y casi exento de peligros és muy útil, porque aleja las dificultades durante el tratamiento consecutivo. Las indicaciones y contra-indicaciones especiales, referentes á la edad del individuo, á su estado general etc., son las mismas que

las de la hepatotomía. La debilidad general no és una contraindicación, al contrario, por violentar la cicatrización, conviene en los casos graves, en los que és necesario evitar una supuración abundante y prolongada. La suspensión del trabajo de reparación y los peligros de la caquexia supurativa son más de temer, y esperar á que con el trascurso de los meses la cavidad se haga persistente, para hacer una resección secundaria, és favorecer la debilidad del organismo, agotando las fuerzas ya disminuidas por una abundante supuración.

CAPITULO IX.

PROCEDIMIENTO OPERATORIO QUE NOS PARECE MAS ACEPTABLE (CONVINACION DE LA HEPATOTOMIA INTERCOSTAL CON LA OPERACION DE ESTLANDER.)

No nos detendremos en mencionar los detalles de esta operación por estar ya descritos, solo haremos algunas consideraciones de la resección costal y su procedimiento operatorio.

Una vez justificada la resección de una ó varias costillas se debe: 1º–discutir si es conveniente hacer la resección antes ó despues de la incisión, 2º–determinar con exactitud cuales són las costillas cuya resección sea más útil, y 3º-en qué extensión y lugar se deben cortar y porqué procedimiento que sea más adecuado.

1º--Una de las dificultades para conseguir la cicatrización por primera intención de las heridas operatorias, consiste en evitar una infección; sin esta condición, la mayor parte de los beneficios que nos pudiera dar la resección costal, como complementaria del procedimiento de canalización, se perderían, y complicaciones graves como las que se han señalado á consecuencia de la operación de Estlander, podrían aumentar las condiciones desventajosas del enfermo.

Esta operación, és de por sí sencilla y exenta de peligros, cuando se practica con todos los recursos antisépticos y con todos los cuidados propios al caso. Las complicaciones son

escepcionales y las que se presentan tienen por orígen la infiltración del pus, la absorción de productos sépticos en la profundidad de la herida y la necrosis de las extremidades de las costillas, cuando han sido despegadas de su periostio en una extensión mayor que la necesaria.

Si una operación de estas se practica en el mismo campo operatorio y á poca distancia del lugar por donde se ha abierto una via á la *supuración* de un absceso, és indudable que las probabilidades de una infección son mayores, aun cuando el operador haya aseado sus manos, la ropa, la mesa operatoria y los instrumentos y útiles etc. Por mucho cuidado que se tome, el pus del absceso puede escapar y ponerse en contacto con los tejidos seccionados y filtrarse en el fondo de la herida que siendo muy irregular y anfractuosa, da orígen más tarde á la inflamación con sus consecuencias, perdiéndose por solo esto una de las condiciones para que la resección sea inofensiva. No sucedería lo mismo ó los peligros serían menores si la herida hepática se hiciera después de haber afrontado los bordes perfectamente por medio de suturas y haber puesto un tubo canalizador en el ángulo más declive de cada una de las inciciones hechas con objeto de la resección. La supuración al salir del absceso podría aun bañar los bordes unidos por la sutura, sin penetrar á la cavidad ya cerrada por ella y los peligros de una supuración profunda y de la cicatrización falsa, se alejarían tanto más, cuanto más perfecto fuera el afrontamiento de la herida. Lo que importa és favorecer la reunión por primera intención, sea cual fuese el órden de los tiempos de la operación. Sin embargo, nos inclinamos á creer que la resección hecha ántes es preferible, por que la anestesia del enfermo no se prolongaría tanto como haciéndola después. Además, se recomienda como muy útil la anestesia en todos los casos; pero hasta el momento de haber hecho la incisión, para dejar al enfermo á que vuelva en sí y ayude por sus movimientos ó esfuerzos de tos, á facilitar la evacuación completa y el lavado más perfecto posible. En todo el tiempo necesario para esto la acción del cloroformo continuaría si se hiciera la resección despues, sin dejar de tener peligros en algunos casos. Por otra parte, si esta conducta está basada en el diagnóstico preciso del volúmen, situación, profundidad etc. del absceso

y se comprende la necesidad de tal intervención ¿qué inconveniente serio podrá oponerse á que se haga ántes de vaciar el foco? La vacilación existirá solamente al determinar cuales de las costillas se deben interesar y en qué estensión que dejen un campo de retracción suficiente.

2°—La base en que debemos fundarnos para decidir el número de costillas cuya resección és indispensable, nos la da la esploración directa y por el lugar de las punciones practicadas, podemos conocer y limitar con mayor ó menor exactitud las dimensiones y situación de la cavidad fluctuante. En el caso de que esto no nos dé datos ciertos podemos sin inconveniente recurrir á un medio más seguro: hacer dos ó más punciones exploradoras en lugares distantes del punto más fluctuante y siempre en la area de malitéz y guiados por el edema, la sensación de empastamiento. el dolor etc. Si en dos puntos distantes, situados sobre la línea axilar y correspondiendo al 7° y 9° espacios intercostales, por ejemplo, la punción da resultado, no cabe duda que la resección de la 8ª y 9ª costillas interpuestas, será la más favorable; pero si esta prueba dá un resultado negativo apesar del volumen del absceso conocido por una punción anterior, y solo del lugar fluctuante se ha extraido pus, la resección se limitará á las costillas superior é inferior, inmediatas al sitio puncionado primitivamente. En el caso de que dos espacios sean fluctuantes, la resección de tres costillas es necesaria y la incisión corresponderá al punto más declive, al segundo de estos espacios. Como en la generalidad de los casos el 7º, 8º y 9º espacios són los que primero revelan la fluctuación, las costillas que los limitan, la 7ª, 8ª, 9ª y 10ª, son las que se deben interesar á juicio del operador y segun las circunstancias de cada caso.

3°—La longitud de cada fragmento resecado puede variar de 5 á 8 centímetros, en atención á la capacidad del saco, á la rapidéz y extensión con que se deseé la retracción de las paredes y según el estado constitucional del individuo. Como los peligros operatorios no se aumentan con resecar dos ó tres centímetros más allá de los que parezcan suficientes, y si resultan positivas ventajas para la facil retracción, por dar á la pared mayor movilidad, se comprende, que el éxito será tanto mayor, cuanto menores sean los obstáculos á dicha re-

tracción. Creémos que la resección de 3 ó 4 centímetros no és bastante, porque la fuerza de aproximación tiene que vencer en mayor espacio la resistencia del aponevrosis y músculos intercostales, que sujetan las extremidades seccionadas de las costillas. En mayor extensión, el resultado inmediato és más sencible: los tejidos blandos se deprimen más facilmente ya sea por su propia elasticidad ó por la compresión mecánica del apósito, que naturalmente és más eficáz, mientras más grande sea la porción de tejidos cuyo esqueleto sólido se ha quitado.

El lugar de elección, hemos dicho, lo indican la fluctuación, el dolor, el abovedamiento de las costillas, los signos de alteración del periostio, las punciones, etc., así és, que se podrá operar por la pared costal anterior, lateral ó posterior; pero en todos los casos en que se pueda, debe preferirse la pared lateral y el espacio comprendido entre las líneas axilares anterior y posterior, lugar que por su convexidad es más facilmente depresible despues de la resección, y en el que el espesor de las partes blandas es menor y no hay músculos cuya división sería perjudícial. El lugar de la incisión puede variar; pero siempre ocupará la parte más declive del espacio fluctuante.

El procedimiento de Estlander aplicado á la pleurotomía és el más aceptable por su sencilles. Los tiempos de la operación aquí, deben ser los mismos; pero el órden tiene que variar según se haga la hepatotomía ántes ó después; hecha después, su distribución será: 1°-incisión de las partes blandas, 2°-despegamiento del periosteo, 3°-sección de las costillas, 4°-sutura y canalización de cada herida y 5°-hepatotomía (con todos sus tiempos.)

1°.—Previa anestesia y rodeado de todas las precauciones antisépticas y de los instrumentos y útiles necesarios, el operador, dibujará sobre la piel, líneas que lo guien para hacer la incisión. Este es el tiempo para el que se han inventado numerosos procedimientos. Estlander hace una incisión en la parte media de cada espacio intercostal, paralelamente á los bordes costales y segun el número de las costillas que trata de resecar, de una longitud de 8 á 10 centímetros, que esté en relación con la del fragmento que debe quitar, que generalmente és de 2 á 3 centímetros menor.

Una incisión le permite hacer la resección de las dos costillas que limitan el espacio; elevando el labio superior ó abatiendo el inferior; así, una incisión basta para cada par de costillas y se harán tantas como sean necesarias, suturándolas y canalizándolas, aisladamente después de terminada la operación.

La resección aplicada á la hepatotomía será menos extensa y en la generalidad de casos no pasará de tres costillas y dos incisiones serán bastantes; una por ejemplo, para las dos costillas situadas arriba del lugar de la incisión del hígado y otra abajo para la tercera. La forma y situación de las incisiones son muy variadas, unos las hacen sobre las costillas, otros en los espacios, otros como M. Seé, proponen la incisión vertical para muchas costillas, otros la convinan con otra horizontal formando una T recta ó invertída, ó con dos formando una L. (M. E. Baeckel,) otros una H. dirigida trans versalmente (M. Trelat,) ó en fin, una incisión en V de ramas más ó menos alejadas (M. Bouilly.) Todos estos proce dimientos han tenido el objeto de dar amplitud al campo ope ratorio para poder resecar muchas costillas. Casi todos tienen sus inconvenientes, unos forman grandes colgados, expuestos á gangrenarse, otros dividen un espesor de tejidos considerable y hacen perder alguna cantidad de sangre, siendo el traumatismo mayor; enfin mientras más complicados són, comprometen más el éxito dificultando la cicatrización por primera intención.

Tratándose de la hepatotomía no hay necesidad de operaciones complicadas, la incisión simple de Estlander és preferible con algunas modificaciones. Para resecar una sola costilla una incisión lineal sobre ella de una extensión tres centímetros mayor, és suficiente, y en caso de no serlo y que la separación de los labios sea dificil, basta hacer en sus extremidades otras dos pequeñas incisiones perpendiculares de dos ó tres centímetros. Para la resección de dos, se puede cortar un colgajo rectangular por tres incisiones perpendiculares entre sí, una de 8 ó 10 centímetros sobre el borde superior de la costilla situada inmediatamente arriba del lugar donde deba puncionarse el hígado y á sus extremidades se elevarán las otras dos, en una extensión suficiente para que una vez levantado el colgajo se descubra en su base la segunda costilla.

Este colgajo así formado, tiene la vitalidad necesaria y no está expuesto á gangrenarse y asegura la cicatrización por primera intención. El espacio comprendido entre las dos suturas paralelas, por donde se debe penetrar al hígado, apesar de ser estrecho y no medir más que la distancia entre los dos árcos costales, no ha sufrido lesión alguna y su nutrición se conserva. La incisión hecha en la parte media del espacio intercostal como lo aconseja Estlander podrá ser útil pero no en todos los casos, y siempre habrá que recurrir á las pequeñas incisiones hechas en sus extremidades, las que tienen por objeto hacer menos laboriosa la operación.

Descubiertos convenientemente los arcos costales en la extensión deseada, se dividirá longitudinalmente el periostio sobre la parte media de cada costilla, tanto cuanto sea necesario.

2º.—El despegamiento del periostio es bien sencillo y conocido, solo se necesita una legra recta y una sonda legra de Ollier; la primera, para el despegamiento en la cara convexa y la segunda, para la cara cóncava de la costilla. Esto se hace sin dificultad y más cuando el periostio está engrosado por la propagación de la inflamación hasta él. Su conservación no tiene inconvenientes, puesto que la regeneración del hueso no se hace sino cuando la pared está ya retraida y después de algún tiempo. Además, asegura la nutrición de las extremidades seccionadas de las costillas y las expone menos á la necrosis. Inutil es decir que debe cuidarse y evitarse la menor lesión de la arteria intercostal.

3.º—La sección de las costillas importa que sea hecha en el límite del despegamiento del periostio para que queden las extremidades cubiertas por esta membrana y ocultas en el fondo de la herida. La pinza de Liston de ramas dentadas, cizallas de diversos modelos y otros costotomos ideados para este objeto, pueden servir; la sierra de cadena en muchos casos és preferible; los cinceles de Macewen cuando se pueden proteger convenientemente los tejidos profundos, pueden ser útiles.

El número de las costillas y la longitud de los fragmentos resecados debe ser tanto mayor cuanto más grande sea la cavidad y esté más superficial. Aun cuando en muchos cásos pudiera bastar la resección de tres ó cuatro centímetros, és

preferible siempre darles mayor extensión para no exponerse á hacer una resección secundaria.

La elección de las costillas no se puede fijar y en cada caso el lugar de la colección purulenta marcará los límites, los que por lo general, están comprendidos entre la 7.ª y 10.ª costillas.

4.º—Antes de cerrar las heridas es conveniente hacer un lavado antíseptico y procurar que las extremidades huesosas queden bien protejidas por su periostio. Hecho esto, se hace la sutura de los labios, afrontando perfectamente los tejidos y teniendo cuidado de dejar en su fondo un pequeño tubo de canalización que salga por el ángulo declive y asegure el escurrimiento de los líquidos exudados. Los canalizadores permanecerán el tiempo conveniente á juicio del operador; pero que no pasará de tres días, siempre que una infiltración nó tenga lugar. Una compresión moderada hecha en el momento de la curación asegura más la reunión por primera intención.

5º—La incisión del hígado se practicará tal como lo hemos descrito, con todos sus tiempos y detalles, teniendo cuidado de proteger las suturas y de nó herir alguna arteria intercostal. La exploración de la cavidad con el dedo ó la sonda, dará una idea más exacta de la magnitud de la cavidad y de la retracción y movilidad inmediatas que sufre la pared. Si dos costillas se han resecado y la cavidad se extiende más allá, formando un divertículo de paredes duras, la resección de una tercera costilla ésta indicada, inmediata ó consecutivamente. Si debe practicarse luego, se hará el lavado completo de la cavidad y de la piel de la región, teniéndo cuidado de obturar la herida hepática con una esponja. Se reseca esta tercera costilla como se ha hecho con las anteriores y se tomarán las precauciones convenientes para asegurar la cicatrización por primera intención. Si el tiempo debe decidir una resección secundaria, se vigilará constantemente la cavidad, observando los progresos de la cicatrización, para intervenir en el momento que la reparación se detenga, antes de ver las consecuencias de una cavidad necesaria, de una fístula permanente ó de una supuración inagotable. Desgraciadamente no podemos con exactitud apreciar el momento en que las tendencias á la cicatrización ó los esfuerzos de la natura-

leza, se encuentran vencidos por una causa cualquiera, y este és el motivo porqué las resecciones secundarias generalmente se hacen tarde en condiciones muy desventajosas y cuando el médico ha agotado otra clase de recursos, que habiendo sido inútiles, no han hecho mas que dejar trascurrir el tiempo exponiendo al enfermo á las consecuencias de la supuración prolongada.

Pedro P. Peredo.

OBSERVACIONES.

El número de observaciones que han servido de base para el desarrollo de este trabajo, es mayor que el que aquí presentamos; pero no queremos extendernos más, y solo haremos constar las que nos han sido personales.

PRIMERA.—HOSPITAL "CONCEPCION BEISTEGUI."

SALA DEL DR. JOAQUIN VÉRTIZ.—(CAMA NÚM. 71.)

Rafael Quezada, cantero, de México, de 30 años, entró á este hospital, el dia 5 de Junio de 1889. Traía un voluminoso tumor situado en el lado derecho de la pared abdominal abajo del reborde costal. Tuvo su orígen á consecuencia de un *traumatismo* que sufrió el enfermo en ese lugar, tres meses ántes. Del conmemorativo no se deduce otro antecedente de importancia. Poco después de esa lesión apareció el tumor que fué desarrollándose lentamente, sin que el enfermo le diera mucha importancia, pues pocas molestias sufría y no le impedía continuar en sus trabajos. Sin embargo, algunas perturbaciones digestiva aparecieron, acompañadas de fiebre, sudores, dolor, etc., etc. y esto le obligó á curarse. El tumor fluctuante era tan superficial, que más bien parecía formado en el espesor de la piel. Esta estaba edematosa (lo que impedía la exploración profunda del vientre) delgada y enrojecida en la parte culminante del tumor. Casi sin vacilar se hizo una amplia incisión, (de 8 centímetros) porque era la indicación y porque en ese caso dudoso, serviría de medio de diagnóstico. No podía ser más que una colección purulenta que estaba próxima á ulcerar la piel; pero su orígen y su naturaleza no se podían conocer por falta de datos. La salida de una cantidad enorme de pús *hepático* que excediò á 500 gramos, fijó el diagnóstico, y en efecto, la exploración con varios dedos, descubrió una basta cavidad formada en el espesor del hígado. Hay que notar que la línea mate superior de esta vísera era normal y no se modificó en nada despues de la operación. Se hizo un lavado antiséptico, se canalizó y se trató convenientemente.

Al cabo de algunos dias pudo notarse una retracción de la bolsa, pero no uniforme; la pared externa estaba constituida por el cartílago de la 9.ª costilla, alterado, lo mismo que su membrana de cubierta. Al fin de un mes, cuando se notó que esta era la causa de la persistencia de una cavidad que comunicaba con un trayecto fistuloso estrecho, se determinó hacer la resección de una parte del cartílago de la 9.ª costilla y raspar

las fugosidades que tapizaban las paredes. Apesar de esto no se consiguió el éxito completo y subsistía una fístula revelde. El 1.° de Septiembre se intervino por última vez; se extrajo otro fragmento de cartílago y se cauterizaron y rasparon las paredes esclerosadas y resistentes. La curación se obtuvo de una manera completa y el enfermo solicitó su alta el 7 de Diciembre en un estado de salud satisfactorio.

SEGUNDA.—HOSPITAL "CONCEPCION BEISTEGUI."

SALA DEL DR. JOAQUIN VÉRTIZ.—(CAMA NÚM. 78)

José María Flores, estudiante, de Campeche, de 25 años, se recibiò en este hospital el dia 29 de Julio de 1889.

Diagnóstico: absceso de hígado, cuyo orígen data del mes de Mayo del mismo año. En sus antecedentes no hay nada notable. Abituado á las bebidas alcohólicas, solo ha sufrido perturbaciones digestivas por esta causa. A fines de Mayo apareció un dolor en el hipocondrio derecho, vago, mal limitado, que le daba la sensación de un cuerpo pesado que le oprimía. Este dolor fué precedido de vómitos biliosos y tós frecuente. Algunos dias despues, un fuerte calosfrio anunció una elevación de temperatura que fué seguida de sudores. Esta tomó la forma intermitente, repitiendo cada 24 horas. Todos estos síntomas no cedieron al uso de algos purgantes ni al calomel á dósis refractarias. A su entrada al hospital todos estos síntomas se comprobaron; había además dolor en el hombro y un tinte amarillento. Los datos recogidos por la exploración hicieron presumir la existencia de un absceso profundo del hígado. No había *edema* de la piel de la región ni *fluctuación*; pero sí, un dolor exagerado á la presión en el 9.° espacio intercostal; aumento de volumen de la glándula especialmente al nivel de la línea axilar anterior y todos los signos subjetivos de una afección hepática. Sobre el punto doloroso se penetró con un trocar de Potain (Agosto 2--89) y se calló en una cavidad purulenta que contenía 400 gramos de pús algo espeso. Inmediatamente el Dr. J. Vértiz hizo una incisión y canalizó por el procedimiento de Stromeyer Little. La incisión medía 7 centímetros. Se pusieron dos tubos de 1 centímetro de diámetro y 12 de longitud. La exploración digital hecha despues, hizo reconocer una cabidad uniforme más ó menos esférica, de paredes extensibles y tapizadas de una capa de pús concreto, que no hubiera salido si no se despega mecanicamente con el dedo y despues con el chorro de agua de un irrigador situado á un metro de altura. Esta cavidad ya retraida no contenía más que 200 gramos de líquido. El espesor del tegido hepático sano, que se dividió para llegar á la cavidad, podía calcularse en tres centímetros. No hubo hemorragia ni accidente alguno. La área mate se había reducido especialmente en la línea axilar, en donde medía 3 centímetros, menos que antes de la operación. Desde el dia

siguiente la temperatura fué normal y no se volvió á elevar. Las fuerzas y el apetito se recobraron poco á poco Las perturvaciones digestivas y el dolor, desaparecieron completamente. Las curaciones se hicieron dos veces por diá, usándose para los lavatorios el ácido bórico en la proporció de 3 p§. A la vez que el pús excretado era menor los tubos se acortaban, y al cabo de 15 dias, solo medían 3 centímetros; uno de ellos fué quitado en esta época y el otro 10 dias despues, cuando la supuración casi se habia agotado. El enfermo rápidamente restablecido solicitó su alta el dia 5 de Septiembre enteramente curado, llevando una cicatriz indeleble, reducida á tres centímetros de longitud.—Duración del tratamiento, 25 dias.

TERCERA.—HOSPITAL "CONCEPCION BEISTEGUI."

SALA DEL DR. JOAQUIN VÉRTIZ.—(CAMA NÚM. 75.)

Alejandro Gutierrez, de San Andres Texmelucan, carrero, de 35 años, entrò á este hospital el dia 3 de Agosto de 1889. La enfermedad que padece data del mes de Mayo de 1888. El principio de ella apareció despues de una embriaguez. Se inició con un dolor agudo localizado en el hipocondrio derecho, que se irradiaba hácia el costado y hombro del mismo lado, y los síntomas de indigestión: vómitos alimenticios y despues biliosos, diarrea, dolor vago en el vientre, timpanismo y reacción febril precedida de un calosfrio intenso. etc. En este estado permaneció un mes, al cabo del cual una tós seca y tenáz se apoderó de él; cada vez se hacía más intensa, más dolorosa y le quitaba el sueño completamente. Al principio el esputo era simplemente mucoso, pero pocos dias despues, extrias de sangre aparecieron y fueron aumentando hasta convertirse en una verdadera hemorragia y de alguna gravedad. Pronto se vió el enfermo postrado por la falta de fuerzas, de apetito y de recursos. Buscó asilo en el Hospital de San Andrés, en donde estuvo al cuidado del Dr. J. M.ª Bandera, en la cama 13 de su Sala. El esputo que conservaba los caracteres sanguíneos, se hizo momentáneamente purulento, y el enfermo arrojó grandes cantidades de pús hepático, término medio 500 gramos diarios. Estuvo 44 días en ese hospital de donde salió mejorado: sus fuerzas se habían repuesto, recobró su apetito, la calentura casi había desaparecido lo mismo que muchos de los síntomas que le molestaban. Un mes despues, la calentura, los dolores, los sudores y la diarrea, volvieron á presentarse.

La cantidad de pús que expulsaba era la misma; y sin embargo, sin tratamiento alguno, pudo soportar diez meses más.,

En Agosto de 89 entró al Hospital "C. Béistegui" con calentura elevada de forma remitente, vómitos, dolor intenso en el hipocondrio y hombro, sudores profusos, inapetencia, diarrea, etc., en fin, con un cuadro de sínto-

mas claro y muy alarmante. Se notó demacración considerable, color amarillo pálido de la piel, dipsnea, tós frecuente que hacía salir grandes cantidades de pús hepático, ensanchamiento considerable del lado derecho de la base del tórax, el hígado era grande, su borde inferior se dibujaba á 5 centímetros abajo del reborde costal. En el 8.° y 9.° espacios intersostales había un *abultamiento que hacía perder la simetría del tórax*; á este nivel había edema de la piel, que estaba roja y distendida, dolor y *fluctuación franca, tan superficial*, que hizo temer una *perforación próxima*. La área de macicez era tan grande que el límite superior convexo llegaba hasta cerca de la áxila y el inferior desbordaba 5 centìmetros el borde costal hácia el epigastrio y como 3 centímetros hácia el flanco. La auscultación hacía oir numerosos estertores gruesos en el pulmón correspondiente. Las temperaturas oscilaban entre 38° y 39°.

El Dr. Vértiz, urgido por lo apremiante del caso, se resolvió á operarlo; ¿qué debía hacer? Era necesario disminuir la tensión del absceso y evitar la ulceración y perforación de la piel. La punción era un recurso supremo, y en efecto, fué practicada el dia siguiente por el 8.° espacio intercostal con el aspirador de Potain. Se estrajeron 1,400 gramos de pús; la bolsa no se vació totalmente. Las dimensiones del hígado se redujeron mucho en el sentido vertical. Esta evacuación parcial trajo un alivio marcado, inmediato y consecutivo: el dolor desapareció, las temperaturas se hicieron normales, la experctoración de pús fué dismituyendo en cantidad y al cabo de *siete* dias su aspecto era simplemente *catarral*. A los *nueve* dias se iniciaron algunas perturbaciones digestivas, apareció de nuevo el dolor, hubo una ligera elevación de temperatura (38° 2) y se notaba un aumento en el volùmen del hígado. Había la seguridad de que la comunicación del absceso con los bronquios se había interrumpido. Una intervención quirúrgica más radical se imponía y era indispensable, ya que se había tenido la fortuna de conseguir la oclusión de la fístula brónquica. La incisión ámplia y canalización estaba indicada. Fué practicada por nuestro hábil maestro el Dr. Vértiz el día 17 de Agosto de 89. Se abrió el foco por una incisión de 8 centímetros por el 8.° espacio intercostal, en la línea axilar posterior; se dió salida á 1,500 gramos de pús, se hizo un lavado antiséptico y se canalizó. La pared externa del foco purulento, muy extensa, la constituía la misma pared costal; el pús estaba directamente en contacto con el periostio inflamado de las costillas; los espacios intercoftales en parte destruidos estaban adelgazados y dilatados; la pared inferior libre de adherencias se desplegó y se retrajo; el límite superior y la pared correspondiente poco cambiaron, y sin embargo, la línea mate descendió como tres centímetros. El pús salió mezclado de *colgajos de tejido celular* y de *grumos de pús concreto*. Solo la pared inferior era accesible á la exploración digital; se sentía dura, irregular y cubierta de una capa de pús que se desprendía con el dedo. El éxito de la operación fué notable; todos los signos graves que existían fueron desapareciendo. La retracción de la cavidade progresaba rápidamente; el segundo día solo contenía medio litro de agua, las pare-

des se tocaban con el dedo, menos la superior; la inferior había subido tanto que se veía inmediatamente detrás de la herida. Un mes después la cavidad se había reducido á un trayecto profundo, como de 50 gramos de capacidad, dirigido hácia arriba y atrás hácia el ángulo del homóplato; 15 dias más tarde solo salían gotas de un pús fluido viscoso, pero no hepático. En este tiempo podía considerarse la lesión hepática enteramente curada (á los 45 días.) Las curaciones se hicieron dos veces al día, empleándose una solución de ácido bórico al 3 p%.

Después de esta operación se observó una disminución notable de la cantidad de orina, coincidiendo con un edema generalizado; analizada la orina dió las reacciones de la albumina muy marcadas. Esta complicación desapareció al cabo de un mes bajo la influencia de un tratamiento adecuado.

El enfermo había adquirido su vigor; pero llevando una fístula en el 8.° espacio intercostal de bordes duros y callosos; el trayecto estrecho como de 1 centímetro, comunicaba con una pequeña cavidad situada detrás de la costilla superior. En este estado y casi sin modificación permaneció con su fístula hasta el día 7 de Febrero de 1890 en que se operó por tercera vez, lo que no se hizo ántes por haber estado absolutamente renuente á otra intervención. Po fin, se resecaron dos costillas parcialmente, la 8.ª y la 9ª. de la manera siguiente: Se hizo una incisión sobre la costilla situada abajo de la fístula de 6 centímetros, y sobre las extremidades de esta, otras dos perpendiculares hácia arriba, de 2 centímetros. Disecado este colgajo rectangular y levantado, se descubrieron las dos costillas. Siguiendo el procedimiento de Estlander se resecaron dos fragmentos, uno de 5 centímetros de la 8.ª costilla y otro de 4 de la 9.ª Se desbridó ampliamente el trayecto de la fístula y se llegó con el dedo y con la cucharilla de Volkmann hasta su fondo; se hizo la raspa de las paredes que estaban cartilaginosas y cubiertas de fungosidades. El periostio de la 8.ª costilla, que formaba parte del canal, estaba grueso, duro y se dejó despegar fácilmente del hueso, el que estaba tambien alterado. Esta amplia herida se curó á fondo y se pusieron algunos puntos de sutura en los bordes laterales del colgajo. Las extremidades huesosas que quedaron descubiertas, se cubrieron á los pocos días. Un mes después, el enfermo estaba enteramente curado de su herida, que dejó una cicatriz deprimida y umbilicada. Después de esta tercera y última operación, se manifestaron de nuevo los síntomas de *albuminuria*, pero más reveldes. Su estado general se resintió notablemente, los edemas fueron más marcados y más generales, la cantidad de orina llegó á bajar á 300 gramos y contenía bastante albumina. Sugeto á la dieta láctea y á la estricnina en dósis crecientes, se vió volver á su estado normal al cabo de algunos días.

De enfermo pasó á ser enfermero del mismo Hospital, en donde lo hemos seguido observando. Un mes después de entregado á los trabajos de su empleo, se le formó un pequeño absceso sobre la cicatriz, que una vez abierto, dejó salir un pequeño secuestro, una escama, que como cuerpo extraño debía ser eliminado. Actualmente el enfermo conserva un es-

tado de salud, que nadie hubiera creido, al verlo con una enfermedad que podia haberlo llevado al sepulcro.

CUARTA.—HOSPITAL "CONCEPCION BEISTEGUI."

SALA DEL DR. JOAQUIN VÉRTIZ.—(CAMA NÚM. 74.)

Adrián Hernández, de Leon, de 21 años, soltero, pintor. Entró á este hospital el día 25 de Febrero de 1890. No recuerda algun dato importante de sus antecedentes. Comenzó su enfermedad con dolor de vientre, ligera calentura, diarréa mucosa y sanguinolenta, en fin, con todos los signos de una disenteria. Le duró como dos meses y medio. Poco á poco desaparecieron estos síntomas quedando solamente un dolor fijo en el hipocondrio que aumentaba cada día irradiándose hácia la tetilla, el hombro y el flanco del mismo lado. A veces tenía calosfrío y calentura en las tardes, sudores en las noches, inapetencia y malestar, cuadro de síntomas que lo comparaba al de las *intermitentes*. El dolor, más marcado á la presión, era contínuo durante su ejercicio como pintor y en el decúbito lateral derecho. A pesar de esto, las funciones digestivas se hacían con alguna regularidad. Su estado general no sufría demasiado, solamente había un debilitamiento y anemia profunda que lo consumían. Así pasó 11 meses, hasta Febrero que ingresó al hospital. Su aspecto revelava un gran sufrimiento; tenía un tinte ictérico en las escleróticas y amarillo terroso en la piel; su actitud y sus lamentos indicaban la intensidad del mal. No hay diarréa ni perturbaciones gástricas pero lo que más llama la atención son: temperaturas elevadas de forma remitente, calosfríos, sudores nocturnos y, sobre todo, un dolor en la parte inferior del hipondrio derecho exaservado por la presión; aumento de volúmen de esta región; el hígado crecido en todas sus dimensiones, pero más hácia el epigastrio y el hipocondrio; edema de la piel y sensación de *fluctuación apenas apreciable*. Los signos pulmonares solo consistían en algunos estertores gruesos y húmedos. Con la presución de una colección purulenta intra-hepática, se hizo una punción (Marzo 7 de 1890) por el 8.° espacio intercostal, que dió salida á algunas gotas de pús grumoso verdaderamente compacto, que no salía por el trócar á menos de emplear una fuerte aspiración. El Dr. J. Vértiz que operaba, hizo inmediatamente una incisión (de 8 centímetros) en el 8.° espacio intercostal y canalizó. El absceso situado sobre la cara superior del hígado, había destruido la inserción diafragmática al nivel del hipocondrio, ocupando una gran extención y conteniendo como 100 gramos de pús concreto. Los lavatorios antisépticos se hicieron dos veces al día. Viendo que la cavidad no se retraía suficientemente, que parecía alterado el periostio de la 8.ª, 9.ª y 10.ª costillas y que el enfermo se agotaba, se resecaron en una extensión de 5 á 7 centímetros dichas costillas (Abril 1.° de 1890.) Pocos días después, una

complicación apareció: esta fué la salida de una gran cantidad de un líquido bilioso que aparecía en el fondo de la cavidad por una fístula de pequeño calibre. Lo notable era que esta afluencia de líquído era en mayor cantidad durante la digestión y que no era puro sino mezclado con un líquido viscoso y con algunas burbujas de aire. Las inyecciones de éter yodoformado en pequeña cantidad, daban una idea del orígen de esta fístula, porque el éter al difundirse, penetraba por ella hasta el estómago y de allí á la boca, haciendo percibir al enfermo el sabor y el olor del éter. La perforación y comunicación con el estómago ó el duodeno era evidente. El taponamiento de la cavidad ampliamente abierta y la cauterización de la abertura de la fístula, hicieron que el escurrimiento fuera menos abundante. Apesar de lavar á satisfacción, después de esta segunda operación, la fiebre de forma intermitente, los sudores, la inapetencia y el agotamiento hacían progresos, sin que la exploración descubriera la causa de este estado. A fines de Abril, apareció un dolor en el flanco del mismo lado; poco despues se pudo apreciar la existencia de un tumor en esta región que se confundía con el borde inferior del hígado, sobre la línea axilar en el hipocondrio. Un descenso de temperatura, acompañado de la expulción por la cavidad del absceso, de colgajos de tejido gangrenado y una mayor cantidad de pús, hizo suponer que este segundo tumor era otro absceso que había buscado su salida por el que estaba ámpliamente abierto. Por lo pronto se pudo canalizar con dos largos, tubos que introducidos por la herida, pasaban á través de una abertura estrecha de comunicación hasta el fondo de la segunda cavidad que se encontraba á seis centímetros afuera del ombligo. Esta canalización parecía insuficiente y para evitar sus peligros se desbridó la primera hácia abajo y se hizo una incisión de 8 centímetros sobre la pared anterior de la seguda cavidad, que estaba formada solamente por la pared del vientre. Se lavò y curó convenientemente aquella gran cavidad y se esperaba que con eso el enfermo se mejorara; pero no fué así, el agotamiento avanzado acabó con el paciente el día 7 de Junio de 90, seis días después de la última operación.

Hecha la autopsía nos encontramos con una tuberculización generalizada, tanto en los pulmones como en el mesenterio y peritoneo; el foco del primer absceso estaba casi cicatrizado, quedando solamente una parte de la superficie de la glándula ulcerada y solo en el lugar en que la primera cavidad comunicaba con la segunda. El hígado en todo el lobulo derecho estaba retraído y tenía sobre la cara superior, cerca del borde cortante, una cicatríz umbilicada, formada de tejido fibroso y radiada en todas direcciones de tráctus blanquiscos en forma de estrella; el tejido glandular sin huella de alteraciòn, ocupaba los intersticios fibrosos como si una regeneración del tegido hepático hubiera tenido lugar. La segunda cavidad, sub peritoneal, estaba formada entre una masa compacta formada por el epiplón y los intestinos adheridos; multitud de ganglios infiltados de tubérculos rodeaban esta cavidad. Se notaba, poco marcada, la abertura del trayecto fistuloso por donde se derramaba el líquido bilio-

so. Se buscó su comunicación y se encontró sobre el duodeno á 7 centímetros más allá del píloro. En los vértices de ambos pulmones había abundantes granulaciones tuberculosas y aun algunas pequeñas cavernas.

QUINTA.—HOSPITAL "CONCEPCION BEISTEGUI."

SALA DEL DR. JOAQUIN VÉRTIZ.—(CAMA NÚM. 71)

Antonio Valdéz, de México, mesero, de 27 años, entró á este Hospital el día 2 de Julio de 1890. Acusaba un padecimiento en el hígado que tuvo su orígen el día 16 del mes anterior y cuya causa la atribuye al exceso del trabajo y al uso del alcohol. Los primeros síntomas que se manifestaron fueron: un dolor en la espalda acompañado de calosfrío y calentura elevada; vómitos tenaces después de la ingestión de alimentos y pérdida del apetito. Tres días después el dolor de la espalda había disminuido en intensidad; pero le había aparecido otro más intenso en el epigastrio; esta región le hacía percibir una sensaciòn de dureza que le incomodaba mucho. Los esfuerzos del vómito y los de la tós aumentaban sus sufrimientos. Al cabo de algunos días pudo notar que le aparecía en el epigastrio un tumor que elevaba ligeramente la piel y se hacía cada vez más sencible y más grande. Los vómitos persistieron por cinco dìas; pero los demás síntomas continuaron hasta el día de su entrada al hospital (17 días después.) Al interrogarlo sobre sus antecedentes dijo: haber sido enteramente sano hasta la edad de 19 años, en que padeció de intermitentes por espacio de 6 meses; despues solo tuvo una pulmonía, hace 2 años. Su aspecto revelaba sufrimiento; en su cara, y especialmente en la frente, se notaban algunas manchas pigmentadas, semejantes á las efélides, había un adelgazamiento notable en todo el cuerpo y su piel tenía un color amarillo pálido; su respiración era entrecortada y angustiosa. Los sudores bañaban su cuerpo al menor esfuerzo. Había algo de tós seca y los movimientos de la expiración fuerte probocaban un dolor agudo al nivel del apéndice xifoide. La percución y auscultación de los pulmones no revelan nada anormal. En el epigastrio hacía relieve un tumor bien limitado á la simple vista, situado á la derecha de la línea media y oculto en parte por el borde cartilaginoso de las costillas. La palpación y percución lo limitaban mejor, era de una forma casi esférica y de un diámetro aparente como de 8 centímetros. La piél estaba ligeramente edematosa y al traves de ella se percibía una sensación de empastamiento. La menor presión ocasionaba dolor; pero este era más marcado sobre el borde costal. Por los espacios intercostales inmediatos (8.° y 9.°) no se probocaba dolor ni se percibía fluctuación. La área mate del hígado estaba aumentada de volúmen; sus diámetros verticales medían: el esternal 12 centímetros, el para--esternal 13, el mamilar 14 y el axilar anterior 13;

siendo la línea mate superior casi horizontal. El borde superior del hígado parecía estar interrumpido por el tumor.

Fué tratado por el calomel á pequeñas dósis, el clorhidrato de quinina y un purgante de calomel y jalapa; apesar de este tratamiento la calentura no desapareció, oscilaba de 37° 5 á 38° en la mañana, y de 38° á 38° 5 en la noche. Los calosfríos y sudores profusos eran constantes; la diarrea aparecía alternativamente y se moderaba á la acción de los opiáceos y absorventes. Sin embargo, el estado general no era malo y el tumor había crecido aunque muy poco. El día 29 de Julio se hizo una punción por el 7.° espacio intercostal, dos centímetros adentro de la línea mamilar. El pús escurrió por el tubo aspirador, pero con mucha dificultad; era muy espeso, y con todos los caracteres del pús hepático. La dificultad de su extracción apesar de una fuerte aspiración, obligó al operador, al Dr. J. Vértiz, á penetrar á este absceso con su bísturi y dar una amplia salida á su contenido. Así se verificó: se vació completamente, se hizo un lavado antiséptico y se canalizó con dos tubos convenientemente. La incisión, hecha sobre la cánula del trócar y en la dirección del espacio intercostal, medía 5 centímetros, no se necesitaba más porque el foco era muy pequeño, apenas contenía 100 gramos de pús; no había restos de tejido conjuntivo ni natas concretas; pero sí, tenía una gran viscosidad. Las paredes de la cavidad, aunque anfractuosas é irregulares, se aproximaban bastante haciendo desaparecer el relieve notable que el absceso hacía por el epigastrio. El traramiento consecutivo era demasiado sencillo: un régimen reparador y lavados antisépticos diariamente. La exploración con el dedo no pudo hacerce después, porque la herida se estrechó considerablemente, al grado de dificultarse algo la reintroducción de los tubos. La cantidad de pús era cada día más pequeña, no habiendo llegado ni en los primeros días á 20 gramos. Actualmente (Agosto 20) solo queda un trayecto de 5 centímetros de profundidad que dá una supuración flegmonosa, ya no tiene los caracteres hepáticos; el tubo que ha quedado para darle paso, solo mide 4 centímetros de longitud y corresponde al número 5 de la escala de Lister. La cavidad purulenta está cicatrizada, no cabe duda; pero aparecen elevaciones de temperatura irregulares, con pequeñas oxilaciones que apenas llegan á 38°; hay sudores nocturnos y algunas veces diarrea; el volúmen del hígado se ha reducido casi al normal. El bazo no parece sufrir perturbación alguna; en fin, no hay causa apreciable que explique este estado. ¿Será acaso la existencia de otro absceso profundo, inaccesible que está desarrollándose? El tiempo lo dirá.........

El enfermo sanó 15 días después sin haberse encontrado la causa de la fiebre.

SEXTA.—HOSPITAL "SAN ANDRÉS.„

SALA DE MEDICINA DE MUGERES.

María Godines, de México, cocinera, de 24 años. Entró al hospital el 21 de Marzo de 1890. Pocos días después fué operada por el Dr. Olvera de un absceso de hígado que databa de 8 meses, por el procedimiento de Stromeyer. El absceso situado en el hipocondrio era voluminoso, se había hecho superficial, abovedando y ensanchando los espacios intercostales. Estaba próximo á abrirse al exterior. Los signos inflamatorios se habían propagado hasta la piel. Había perturbaciones gastro intestinales, y calentura de forma remitente. El estado general de la enferma y su demacración avanzada revelaban un largo padecimiento. Se hizo una incisión amplia por el 8.° espacio intercostal al nivel de la línea axilar posterior. Salida de abundante cantidad de pús hepático. La exploración digital descubrió que una parte de la octava costilla descubierta del periostio estaba alterada. Se resecó un fragmento y se extrajeron porciones secuestradas. Después, los lavados con solución fénica al 2 p§ y las curaciones se hicieron por medio de la cola de papelote (torundas de algodón yodoformado sujetas á un hilo) y se renovaron todos los día. Las temperaturas bajaron á la normal; las perturbaciones gastro intestinales desaparecieron y la reparación lenta hacía progresos hasta obturar completamente la cavidad, quedando al fin de cuatro meses, solamente dos trayectos fistulosos al nivel de la 9ª costilla, mantenidos por la necrosis. El 22 de Agosto de 1889, pasó la enferma á la sala del Dr. Cordero, en donde confirmado el diagnóstico de necrosis se procedió á hacer la resección por una incisión sobre la costilla, como de 10 centímetros. Extraída una gran parte de esta costilla, pues fué necesario desarticularla de su extremidad posterior y seccionarla muy cerca de su sínfisis cartilaginosa, pudo explorarse, encontrando, secuestros desprendidos en una cavidad formada solamente en el espesor de la pared torácica. El hígado no formaba ya parte en este padecimiento, se había reducido á su volúmen normal y sus funciones habían recobrado su actividad.

Apesar del estado general de la enferma, que era malo, á consecuencia de la destrucción ocasionada por una larga supuración, la reparación de esta nueva herida se hizo, aunque lentamente, sin el menor accidente y al fin del mes de Enero de 89, estaba enteramente cicatrizada.

SÉPTIMA.—HOSPITAL "SAN ANDRÉS.„

SALA DE CIRUJÍA DE MUGERES.—(CAMA NÚMERO 20.)

Jacinta López, de 30 años, lavandera, entró al hospital á la cama núm. 20, el día 1° de Marzo de 1889. Tenía una fístula en el 7.° espacio intercostal que comunicaba con un basto foco situado en la convexidad del

hígado. Ocho meses hacía que llevaba este padecimiento, y sin atenciones de ninguna clase, veía dar salida diariamente á grandes cantidades de pús fétido. Al día siguiente de su entrada, el Dr. M. Cordero, médico de la sala, le hizo una incisión de 10 centímetros en el 7.° espacio. Previo lavado con solución bórica se hizo la canalización y curación á fondo con bolitas de algodón yodoformado. El estado general, la fiebre séptica y los trastornos digestivos, se mejoraron poco á poco. Los lavados se hacían diariamente y la enferma quedó enteramente curada el 16 de Mayo de 1889.

OCTAVA.—HOSPITAL "SAN ANDRÉS."

CLÍNICA INTERNA DE TERCER AÑO.

Epifanio Rodríguez, de 30 años, carrero, natural del Estado de Guanajuato. Entró al hospital el día 14 de Enero, de 90, á la cama 6. Refiere que á principios de Diciembre próximo pasado, sin más antecedentes que haber padecido tifo é intermitentes en tierra caliente, fué atacado de un dolor punzante en el hipocondrio derecho, que se extendía hácia la espalda y el hombro correspondiente, cuya causa apreciable fué un enfriamiento. El dolor fué seguido de calosfrio, mal estar general y calentura, y acompañado de una sensación de peso incómoda, que le obligaba á estar acostado del mismo ladó. Pocos días después algunas perturbaciones digestivas aparecieron,

Permaneció 71 días en el hospital hasta el 3 de Abril y estuvo sugeto á un tratamiento médico que consistió en purgantes, vegigatorios, calomel y régimen reparador. Apesar de esto la enfermedad progresaba y no experimentó en este tiempo mas que algun alivio, sin embargo, las perturbaciones digestivas, el dolor y la calentura que era de forma intermitente, se mejoraron notablemente, lo que le obligó á solicitar su alta 26 días después. El 29 de Abril volvió á la misma sala casi en el mismo estado. El hígado que al principio indicaba un ligero aumento de volúmen, estaba más crecido: su límite superior llegaba á un dedo abajo de la tetilla en línea horizontal y el inferior desbordaba dos ó tres centímetros debajo de las costillas en el epigastrio; era dolorosa la presión en este punto y no había fluctuación, solo un ligero edema de la piel. Hecho el diagnóstico de absceso de hígado se le punciouó seis días después, prévia cloroformización, inmediatamente abajo del cartílago de la novena costilla, extrayéndose como 200 á 250 gramos de pus hepático, habiendo hecho antes otra punción por el 8° espacio y en la línea axilar media sin haber salido nada de supuración.

El enfermo salió aparentemente curado; pues no se supo el resultado final de dicho tratamiento.